

Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek

..... GEZONDHEIDSRAAD.

Vice-voorzitter

Aan de Minister en Staatssecretaris van
Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur Sir
Winston Churchilllaan 362 2284 JN
RIJSWIJK

Onderwerp : Aanbieding advies 'Alternatieve Behandelwijzen
en Wetenschappelijk Onderzoek'
Uw kenmerk : nr 185084 DG Vgz/GBO/PMBO, 19-10-1983
Ons kenmerk : I 5361/'83/G1/BE/DH 201-R12 Bijlagen
: 1 Datum : 20 augustus 1993

Bij brief van 19 oktober 1983, nr 185084 DG Vgz/GBO/PMBO, verzocht de toenmalige Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Gezondheidsraad hem te adviseren over 'onderzoeksmethodieken waarmee de effectiviteit van (de verschillende stromingen in) alternatieve behandelingswijzen redelijkerwijs aantoonbaar' zou kunnen worden gemaakt. Tevens stelde hij de vraag of er naar de mening van de Raad 'gronden zijn om een (mogelijk reeds bestaande) instantie te vragen zich permanent met de vraagstukken die zich de komende jaren rondom de alternatieve behandelingswijzen zullen aandienen, bezig te houden, en zo ja, op welke wijze dit het best zou kunnen geschieden'.

Ik moge u, gehoord de Beraadsgroep Geneeskunde, hierbij het advies 'Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek' aanbieden.

De complexiteit van en de diversiteit in de te behandelen materie zijn er de oorzaak van dat eerst thans de commissie haar beraadslagingen op een naar haar overtuiging

Postadres
Postbus 90517
2509 LM 's-Gravenhage
Telefoon (070) 47 14 41

..... \ W
^1 m ^^B
^^k m ^1

..... Bezoekadres
Prinses Margrietplantsoen 20
's-Gravenhage



Vice-voorzitter

Onderwerp : Aanbieding advies 'Alternatieve Behandelwijzen
en Wetenschappelijk Onderzoek'

Ons kenmerk : I 5361/'83/G1/BE/DH 201-R12

Bladzijde : 2 Datum : 20 augustus 1993

verantwoorde wijze heeft kunnen afsluiten en haar advies heeft kunnen vaststellen.

Het advies gaat dan ook niet alleen over mogelijke experimentele benaderingen van de vraag naar werkzaamheid van alternatieve behandelwijzen. Zo zag de commissie zich bij herhaling geconfronteerd met hetgeen zij verwoordt in haar aan de wetenschap gewijde hoofdstukken: de vele ontwikkelingen in diverse vakgebieden, en de daaruit voortvloeiende kennis betreffende ziekte, gezondheid en welbevinden, maakten een voortdurend bijsturen van ideeën en uitgangshypothesen noodzakelijk. En ook thans is een eindpunt nog niet bereikt. Bijgaand advies biedt dan ook, in tegenstelling tot hetgeen wellicht werd verwacht, geen oplossingen, maar wel een analyse van de vele problemen die zich voordoen wanneer men zich verdiept in hetgeen kan worden beschouwd als een 'positief behandelresultaat' en in datgene, wat eigenlijk wordt bepaald met behulp van een zogenoemd effectiviteitsonderzoek. Hiertoe was de commissie genooddaakt zich te bezinnen op het geneeskundig handelen in volle omvang, waarbij vele fundamentele vragen aan de orde kwamen, zoals: wat kan schuilgaan achter een hulpvraag, wat voltrekt zich tijdens een therapeutisch contact en welke factoren spelen daarbij mede een rol, en wat is de essentie van 'genezen' en 'het geneesproces'. De door de commissie gebruikte terminologie is in een begrippenlijst omschreven (hoofdstuk 19). De lezer doet er goed aan vooraf van dit hoofdstuk kennis te nemen.



Vice-voorzitter

Onderwerp : Aanbieding advies 'Alternatieve Behandelwijzen
en Wetenschappelijk Onderzoek'

Ons kenmerk : I 5361/'83/G1/BE/DH 201-R12

Bladzijde : 3 Datum : 20 augustus 1993

De diversiteit in het te behandelen onderwerp bracht met zich mede dat een belangrijk gedeelte van het voorbereidende werk zich afgespeeld heeft binnen een zestal werkgroepen, te weten voor acupunctuur, anthroposofie, homeopathie, manuele therapie, natuurgeneeswijzen en paranormale behandelwijzen. Met deze indeling is het destijds door de Commissie Muntendam gemaakte onderscheid gevolgd. Voor de werkgroepen werden, naast leden van de commissie, artsen en onderzoekers uitgenodigd met praktische ervaring in de desbetreffende alternatieve richting.

Gaarne wil ik bij dit omvangrijke advies nog een enkele kanttekening maken.

Zoals hierboven aangegeven, is het de commissie gaandeweg duidelijk geworden dat men voor een werkelijk inzicht in de werkzaamheid van verschillende - zowel reguliere als alternatieve - behandelwijzen niet kan volstaan met fenomenologisch onderzoek naar de uitkomst. Naast zulk onderzoek zal men zich moeten verdiepen in de beantwoording van boven geformuleerde, meer fundamentele vragen. Ik steun dan ook het pleidooi van de commissie voor een integraal onderzoek naar de essentie van 'genezen' en 'het geneesproces'. Dergelijk onderzoek is van belang voor de geneeskunde in de ruimste zin. De commissie verwacht dat onderzoek naar het placebofenomeen in dezen een eerste stap zal moeten zijn.



Vice-voorzitter

Onderwerp : Aanbieding advies 'Alternatieve Behandelwijzen
en Wetenschappelijk Onderzoek'

Ons kenmerk : I 5361/'83/G1/BE/DH 201-R12

Bladzijde : 4 Datum : 20 augustus 1993

Ik ben van mening dat de conclusies van de commissie met betrekking tot dit fenomeen - die gebaseerd zijn op bestudering van de reeds omvangrijke litteratuur over dit onderwerp - hun weerslag moeten vinden in alle toekomstig patiëntgebonden onderzoek, zowel regulier als alternatief. De toezeggingen van de staatssecretaris, gedaan in de UCV over de notitie Chronisch Ziekenbeleid (TK91, 22025, nr 2, pag 19) zijn in dit verband relevant.

Met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek vraag ik ook uw aandacht voor de conclusie van de commissie dat, zolang geen volledig inzicht bestaat in de 'input' (alle factoren die van invloed zijn op het uiteindelijke herstel van de patiënt), geen valide conclusie kan worden getrokken over de relatie tussen 'input' en 'outcome'. In feite is de hoofdboodschap van de commissie dat uitwerking van de in het advies geformuleerde denkmodellen prioriteit verdient.

Ook in het buitenland staan de alternatieve behandelwijzen volop in de aandacht, getuige de vele artikelen in vooraanstaande medische tijdschriften. Allerwegen verdiepen beoefenaren van verschillende wetenschappelijke disciplines zich in de achtergronden van en mogelijke verklaringen voor alternatieve behandelwijzen. In hoofdstuk 15 geeft de commissie een indruk van de verschillende activiteiten die op dit gebied in het buitenland plaatsvinden. Het door de commissie



Vice-voorzitter

Onderwerp : Aanbieding advies 'Alternatieve Behandelwijzen
en Wetenschappelijk Onderzoek'
Ons kenmerk : I 5361/'83/G1/BE/DH 201-R12
Bladzijde : 5 Datum : 20 augustus 1993

geformuleerde voorstel tot internationale samenwerking wil ik
- uit een oogpunt van zowel wetenschap als kosten - derhalve
gaarne onderschrijven.

In hoofdstuk 14 adviseert de commissie tot instelling
van een Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen. Voor
deze commissie ziet zij onder andere een taak weggelegd bij de
bovengenoemde internationale samenwerking. Ik ondersteun de
argumenten van de commissie voor de instelling van een coördi-
natiecommissie. In eerste instantie zal zo'n commissie klein
van opzet kunnen zijn. Ik wijs erop dat in het veld inmiddels
initiatieven worden ontplooid om te komen tot kennisontwikke-
ling en samenwerking, gebieden die ook tot het werkterrein van
zulk een coördinatiecommissie behoren. Contact met de initia-
tiefnemers in een vroeg stadium zou vruchtbaar kunnen zijn.
Samenwerking met de Stichting Informatie- en Documentatie-
centrum Alternatieve Geneeswijzen (IDAG) lijkt, gezien het
belang van adequate publieksvoorlichting, essentieel.

Ten slotte maak ik gaarne melding van de grote inzet
van de leden van de commissie en de werkgroepen tijdens de
vaak diepgaande discussies gedurende het jarenlange advies-
proces.

Ik ben overtuigd dat het voorliggende resultaat de
staatssecretaris van voldoende gedegen informatie kan voorzien
om, zoals aangekondigd in de 'Notitie Alternatieve Behandel-
wijzen' van 17 mei 1993, een standpunt ten aanzien van de aan



GEZONDHEIDSRAAD

Vervolgvel

Vice-voorzitter

Onderwerp : Aanbieding advies 'Alternatieve Behandelwijzen
en Wetenschappelijk Onderzoek'

Ons kenmerk : I 5361/'83/G1/BE/DH 201-R12

Bladzijde : 6 Datum : 20 augustus 1993

de Gezondheidsraad voorgelegde vragen in te kunnen nemen. In het verlengde daarvan zal bijgaand advies een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan verdere wetenschappelijke discussie over dit complexe onderwerp.

De Voorzitter van de Gezondheidsraad,
namens deze,

prof dr E Borst-Eilers



ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN EN WETENSCHAPPELIJK
ONDERZOEK

advies uitgebracht door de Commissie Alternatieve
Behandelwijzen van de Gezondheidsraad

aan

de Minister en de Staatssecretaris van Welzijn, Volks-
gezondheid en Cultuur

No 1993/13 Den Haag, 20 augustus 1993

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad: Commissie Alternatieve Behandelwijzen.
Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onder-
zoek. Den Haag: Gezondheidsraad, 1993; publicatie nr
1993/13.

auteursrecht voorbehouden

INHOUDSOPGAVE (GLOBAAL)

	INHOUDSOPGAVE (GEDETAILLEERD)	v
	ESSENTIE VAN HET ADVIES	xi
	SAMENVATTING	xiii
	TREFWOORDEN	xxx i
	CENTRAL ISSUES	xxxiii
	SUMMARY	xxxv
	KEYWORDS	liii
	VERANTWOORDING	1
	ADVISERING BETREFFENDE HET REGULIER EN ALTERNATIEF GENEESKUNDIG HANDELEN SEDERT 1865	23
	POLITIEK EN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE JAREN TACHTIG	33
	BESCHOUWINGEN NAAR AANLEIDING VAN DE ADVIES AANVRAGE	41
	REGULIER EN ALTERNATIEF: OPLEIDING, TOEZICHT, WETGEVING	51
	ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE HEDENDAAGSE MAATSCHAPPIJ	59
7	ASPECTEN VAN WETENSCHAP	67
8	DE WETENSCHAPPELIJKE METHODE	79
9	KWALITEITSCRITERIA VOOR EFFECTONDERZOEK	87
10	PLACEBO-PERIKELEN	95

11	WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN	111
12	KNELPUNTEN BIJ OPZET EN BEOORDELING VAN ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN	123
13	CONSEQUENTIES VAN DE KNELPUNTEN VOOR HET EFFECTIVITEITSONDERZOEK	139
14	COÖRDINATIECOMMISSIE ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN	153
15	AFSLUITENDE OPMERKINGEN	193
16	BEKNOPT BEANTWOORDING ADVIESAANVRAGE	203
17	AANBEVELINGEN	213
18	NAWOORD	219
19	BEGRIPPENLIJST	221
20	LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	225
21	LITTERATUUR	227
	BIJLAGEN	269

INHOUDSOPGAVE (GEDETAILLEERD)

<u>ESSENTIE VAN HET ADVIES</u>	<u>xi</u>
<u>SAMENVATTING</u>	<u>xiii</u>
<u>TREFWOORDEN</u>	<u>xxxi</u>
<u>CENTRAL ISSUES</u>	<u>xxxii</u>
<u>SUMMARY</u>	<u>xxxv</u>
<u>KEYWORDS</u>	<u>lvi</u>
VERANTWOORDING	1
1.1 De adviesaanvraag	1
1.2 De Commissie Alternatieve Behandelwijzen	3
1.3 Begripsaanduidingen	5
1.4 Aanpak werkzaamheden	8
1.4.1 Alternatief werkzame artsen	8
1.4.2 Contacten AAG	9
1.4.3 Werkgroepen	10
1.4.4 Formele contacten	13
1.4.5 Contacten departementale Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen (KAG)	16
1.4.6 Contacten met het veld	17
ADVISERING BETREFFENDE HET REGULIER EN ALTERNATIEF GENEESKUNDIG HANDELEN SEDERT 1865	23
2.1 Inleiding	23
2.2 Historisch overzicht	23
POLITIEK EN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE JAREN TACHTIG	33
3.1 Woorden en daden	33
3.2 Conclusies	37
BESCHOUWINGEN NAAR AANLEIDING VAN DE ADVIES AANVRAGE	41
4.1 Toenemende belangstelling	41
4.2 Erkenning	45
4.3 Interne kwaliteitscontrole	49

REGULIER EN ALTERNATIEF: OPLEIDING. TOEZICHT. WETGEVING	51
5.1 Situatie begin jaren '90	51
5.2 Toekomstige wetgeving (de Wet BIG)	54
5.3 Conclusie	56
ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE HEDENDAAGSE MAATSCHAPPIJ	59
6.1 Inleiding	59
6.2 Dichotomie in mentaliteit	59
6.3 Dichotomie in de politiek	64
6.4 Conclusie	65
ASPECTEN VAN WETENSCHAP	67
7.1 Wat is wetenschap?	67
7.2 Doelstelling van wetenschap	68
7.3 Verschillende stromingen	69
7.4 Verschillende paradigma's?	71
7.5 Verschillende methoden?	73
7.6 Postmodernisme	73
7.7 Wetenschap en maatschappij	75
7.8 Wetenschappelijk - niet wetenschappelijk	76
DE WETENSCHAPPELIJKE METHODE	79
8.1 Enkele begrippen	79
8.2 'Klinische blik'	82
8.3 Causaliteit	82
8.4 Toetsbaarheid	83
8.5 Wetenschappelijk onderzoek van een be- handelwijze: methoden uit de alpha-, en gammawetenschappen	bèta- 83
8.6 Conclusie	84
KWALITEITSCRITERIA VOOR EFFECTONDERZOEK	87
9.1 Methodologie	87
9.2 Variabelen	87
9.3 Validiteit	88
9.3.1 Statistische conclusie-validiteit	89
9.3.2 Interne validiteit	89
9.3.3 Begripsvaliditeit	91
9.3.4 Externe validiteit	92
9.4 Praktische benadering	93
9.5 Conclusie	93

10	PLACEBO-PERIKELEN	95
	10.1 Het begrip 'placebo'	95
	10.2 Placebo-effect bij een therapie	96
	10.3 De rol van placebo bij onderzoek van een therapie	99
	10.4 De rol van placebo bij alternatieve therapieën	104
	10.5 Onderzoek naar het placebo-fenomeen	105
	10.6 Conclusie	107
11	WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN	111
	11.1 Rapportages van de werkgroepen	111
	11.2 Overwegingen en conclusies van de commissie	112
	11.2.1 Overwegingen	112
	11.2.2 Conclusies	113
	11.3 Good Clinical Practice (GCP)	115
	11.4 Kanttekeningen	117
	11.5 Onderzoek diagnostische methoden	120
12	KNELPUNTEN BIJ OPZET EN BEOORDELING VAN ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN	123
	12.1 Verschillen in denkkader en mensbeeld	123
	12.2 Verschillen in taal	125
	12.3 Verschillen in taxonomie	127
	12.4 Specifieke problemen	128
	12.5 Geblindeerd onderzoek met placebo-controle	130
	12.6 Causaliteit	132
	12.7 De informatiewaarde van effectiviteitsonderzoek	133
	12.8 Acceptatieproblemen	135
	12.9 Medische Technology Assessment als hulpmiddel	136
	12.10 Conclusie	138
13	CONSEQUENTIES VAN DE KNELPUNTEN VOOR HET EFFECTIVITEITSONDERZOEK	139
	13.1 Vicious circle	139
	13.1.1 Geen onderzoek zonder theorie	139
	13.1.2 Geen theorie zonder onderzoek	141
	13.2 Consequenties	144
	13.3 Lopend en toekomstig onderzoek	145
	13.4 Conclusie	149

	<u>AANBEVELINGEN</u>	213
18	<u>NAWOORD</u>	219
19	<u>BEGRIPPENLIJST</u>	221
20	<u>LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN</u>	225
21	LITTERATUUR	227
	21.1 Verwijzingen in de tekst	227
	21.2 Selectie uit de overige geraadpleegde litteratuur	250
	<u>BIJLAGEN</u>	269
	WOORD VOORAF	273
I	ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN IN NEDERLAND (CAG81)	275
II	NOTITIE BETREFFENDE DE UITGANGSPUNTEN VOOR ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN ALTER NATIEVE BEHANDELWIJZEN	297
III	ADVIESAANVRAGEN AAN DE NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID	313
IV	STICHTING CENTRUM VOOR GEÏNTEGREERDE GENEES KUNDE TE WINTERSWIJK	321
V	POLITIEK EN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE JAREN TACHTIG	335

VI	CONTACTEN MET HUISARTSEN, SPECIALISTEN, ALTERNATIEVE GENEZERS EN HUISARTSEN DIE ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN TOEPASSEN	367
VII	EISEN TE STELLEN AAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	375
VIII	VOORBEELD VAN EEN VISIE OP CAUSALITEIT	393
IX	VERSCHILLEN IN MENS- EN WERELDBEELD: ACTUELE VOORBEELDEN	397
X	BRIEF VAN DE VICE-VOORZITTER VAN DE GEZOND HEIDSRAAD AAN DE DIRECTEUR GENERAAL VAN DE VOLKSGEZONDHEID BETREFFENDE EEN COÖRDINATIE PUNT ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN	403
XI	RAPPORTAGE WERKGROEP ACUPUNCTUUR	413
XI ^A	ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN (TRADI TIONELE) ACUPUNCTUUR: OVERWEGINGEN EN DENK MODELLEN	509
XII	RAPPORTAGE WERKGROEP ANTHROPOSOFIE	557
XIII	RAPPORTAGE WERKGROEP HOMOEOPATHIE	633
XIV	RAPPORTAGE WERKGROEP MANUELE THERAPIE	673
XV	RAPPORTAGE WERKGROEP NATUURGENEESWIJZEN	715
XVI	RAPPORTAGE WERKGROEP PARANORMALE BEHANDELWIJZEN	753

ESSENTIE VAN HET ADVIES

In dit advies wordt de mogelijkheid van wetenschappelijk onderzoek naar de (eventuele) effectiviteit van alternatieve behandelwijzen op twee niveaus aan de orde gesteld:

1 pragmatisch, waarbij de conclusie luidt dat wetenschappelijk onderzoek mogelijk is en wel volgens een black box benadering en gebruik makend van methoden uit de alpha-, bèta- en gammawetenschappen; de voorwaarden waaraan moet worden voldaan, worden aangegeven en concrete onderzoeksvoorstellen zijn bijgevoegd;

2 fundamenteel, waarbij wordt toegelicht dat achter de pragmatische benadering het wezenlijke probleem schuilgaat: wat wordt in de verschillende visies verstaan onder begrippen als 'ziekte', 'gezondheid' en 'genezen' - en wat beschouwt men als een positief effect van een behandeling? Hoe wordt een dergelijk effect tot stand gebracht en welke factoren spelen daarbij een rol? Een werkelijk antwoord op deze vragen zal pas kunnen worden gevonden indien zowel reguliere als alternatieve beroepsbeoefenaren erin slagen ook de meestal impliciet blijvende componenten van hun behandelwijzen zodanig te analyseren en te verwoorden dat zij daarover op fundamenteel niveau met elkaar van gedachten kunnen wisselen.

Voorgesteld wordt een adequaat samengestelde "Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen" te belasten met coördinatie en kwaliteitsborging. Deze commissie zou tevens tot wetenschappelijk onderzoek leidend overleg moeten stimuleren tussen in het onderwerp geïnteresseerden uit verschillende wetenschappelijke en praktische disciplines. Naar verwachting zal dergelijk overleg tot de conclusie leiden dat aan werkelijk relevant onderzoek naar de effectiviteit van (alternatieve) behandelwijzen onderzoek naar de essentie van 'genezen' en 'het geneesproces' ten grondslag moet liggen. Onderzoek naar de aard en omvang van het 'placebo-fenomeen' zal in dezen de eerste stap moeten zijn.

SAMENVATTING

1 VERANTWOORDING

Inleiding

In 1981 heeft de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (GAG, beter bekend onder de naam van haar voorzitter als 'Commissie Muntendam'), het uitvoerige advies 'Alternatieve Geneeswijzen in Nederland' uitgebracht. Een van de aanbevelingen uit dit advies* luidde:

'De CAG beveelt de regering aan wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot alternatieve geneeswijzen te bevorderen'.

Tevens werd geadviseerd

'een commissie voor overleg en advies in het leven te roepen, welke onder meer tot opdracht krijgt met de regering overleg te plegen en haar te adviseren over de uitwerking en uitvoering van de door de CAG gedane aanbevelingen en over aan de orde komende vraagstukken met betrekking tot alternatieve geneeswijzen' .

Het rapport van de Commissie Muntendam - en in het bijzonder beide boven geciteerde aanbevelingen - vormde de aanleiding tot een adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad die in oktober 1983 werd ontvangen.

Werkwijze

De naar aanleiding van deze adviesaanvraag geïnstalleerde commissie heeft reeds in een vroeg stadium van haar beraadslagingen besloten haar advisering te beperken tot de belangrijkste alternatieve stromingen die door de Commissie Muntendam werden onderscheiden: acupunctuur, anthroposofie, homoeopathie, manuele geneeswijzen, natuurgeneeswijzen en pa-

Zie bijlage I.

ranormale geneeswijzen. Voor deze richtingen heeft zij werkgroepen geformeerd waarin, naast leden van de commissie, artsen die de desbetreffende alternatieve methode in de praktijk beoefenen zitting namen. Tevens werd zorg gedragen voor methodologische en statistische inbreng. Daar zich onder de paranormale genezers geen artsen bleken te bevinden, heeft de Werkgroep Paranormale Geneeswijzen op een andere basis en beperkter gefunctioneerd.

De werkgroepen kregen de opdracht een prae-advies aan de commissie te formuleren inzake de wijze waarop effectiviteitsonderzoek op het desbetreffende gebied zou kunnen worden uitgevoerd. Deze - soms na vele jaren discussiëren uitgebrachte - prae-adviezen zijn door de commissie besproken; in een enkel geval werden belangrijke wijzigingen voorgesteld. De uiteindelijk door de commissie geaccepteerde rapportages en de naar aanleiding daarvan geformuleerde conclusies vormen de basis van dit advies*.

Begripsaanduidingen

Eveneens in navolging van de Commissie Muntendam wordt in dit advies de terminologie 'regulier' en 'alternatief' gebruikt. De commissie is zich echter zeer wel bewust dat een volledig onderscheid tussen de aldus aangeduide richtingen niet is te maken. Bovendien is de commissie van mening dat de aanduiding 'complementair' of 'additief' doel en karakter van bepaalde 'alternatieve' methoden beter weergeeft. Gezien de zeer verschillende betekenissen die in verschillende kringen aan de begrippen 'holistisch' en 'integraal' worden toegekend, heeft de commissie deze epitheta niet willen gebruiken.

Ook heeft de commissie niet over 'alternatieve geneeswijzen' willen spreken - of dergelijke behandelmethoden inderdaad tot 'genezing' leiden moet immers worden onderzocht. Zij heeft daarom gekozen voor de aanduiding 'alternatieve behandelwijzen' .

De werkgroeprapportages zijn opgenomen als bijlage XI t/m XVI.

Onder 'alternatieve behandelwijzen' verstaat de commissie alle behandelwijzen die in Nederland (beroepshalve) worden beoefend buiten de reguliere geneeskunde. Onder 'reguliere geneeskunde' verstaat zij de geneeskunde die wordt beoefend op basis van de kennis die medische studenten in Nederland zich eigen moeten maken om het artsdiploma te behalen.

De Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeskunde, het overkoepelende orgaan van de verschillende verenigingen van alternatieve artsen, noemt als kenmerkend voor alternatieve behandelwijzen (AAG91):

'de patiënt wordt in een breder perspectief bekeken dan in de reguliere geneeskunde
ziekte wordt niet als een functiestoring van een orgaan of orgaansysteem, maar als een verstoord evenwicht gezien
ter behandeling worden bij voorkeur andere, gezondheidsbevorderende methoden aangewend.'

De commissie voegt hier enkele volgens haar relevante aspecten aan toe:

men poogt het 'verstoorde evenwicht' te herstellen door stimulering van het 'zelfhelend vermogen' (of 'de eigen geneeskracht') van de patiënt; dit kan geschieden door middel van een gezondheidsbevorderende leefwijze (voedingsvoorschriften), maar ook met behulp van speciale stimuli (naaldsteken, geneesmiddelen, manipulaties)

alternatieve beroepsbeoefenaren onderzoeken en behandelen over het algemeen niet alleen het fysiek-ruimtelijke, objectieve lichaam, maar benaderen naast het lichaam ook het 'lijf' (de subjectieve beleving van het lichaam) en de 'lichamelijkheid' (het geheel van lichaam en lijf): zij spreken ook de 'bewoner van het lichaam' aan

de benadering van de alternatieve beroepsbeoefenaren vraagt over het algemeen een actieve instelling en participatie van de patiënt.

2 ADVISERING BETREFFENDE HET REGULIER EN ALTERNATIEF
GENEESKUNDIG HANDELEN SEDERT 1865

De commissie heeft zich verdiept in de positie van de alternatieve behandelwijzen en in de opstelling van de overheid ten aanzien daarvan sedert de totstandkoming van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst in 1865. Met een aantal citaten wordt geïllustreerd dat alternatieve behandelwijzen altijd aanhangers hebben gevonden, dat zowel overheid als in dezen geraadpleegde medici altijd hebben gepoogd ten minste de kwakzalverij te bestrijden, maar ook dat altijd is geconstateerd dat de patiënt een zekere ruimte moet worden gelaten dat soort hulp te zoeken waarin hij vertrouwen heeft.

Door de vele commissies die de overheid in de loop der jaren over deze problematiek hebben geadviseerd, is immer het belang benadrukt van voldoende medische basiskennis van elkeen die zich met de behandeling van patiënten inlaat. Sedert 1913 is door deze commissies bovendien met zekere regelmaat aangedrongen op kritisch wetenschappelijk onderzoek op alternatief gebied.

Duidelijk blijkt dat de overheid vanaf het moment van invoering van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst tevens grote behoefte heeft gevoeld aan doeltreffende kwaliteitswaarborgen voor het alternatieve geneeskundig handelen.

3 POLITIEK EN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE JAREN
TACHTIG Vervolgens komt de relatie politiek -
alternatieve

behandelwijzen in de jaren tachtig aan de orde*. De analyse die de commissie opstelt, luidt als volgt.

Vaak blijkt in het overheidsbeleid het (vermeende) maatschappelijk belang te prevaleren boven wetenschappelijke argumenten. Overheid, volksvertegenwoordiging en maatschappij lij-

In bijlage V wordt een overzicht gegeven van relevante uitspraken.

ken het fenomeen 'alternatieve behandelwijzen' te hebben geaccepteerd. Aan een advies over wetenschappelijk onderzoek op dit gebied - met de aan dergelijk onderzoek verbonden kosten - lijkt op het ogenblik dan ook geen grote politieke behoefte te bestaan. Dit scheidt onzekerheid ten aanzien van de follow-up die dit advies zal krijgen: zal van overheidswege aandrang worden uitgeoefend alle door de werkgroepen voorgestelde onderzoeksprojecten uit te voeren? Zullen de resultaten van wél uitgevoerd onderzoek consequenties hebben voor het beleid?

Deze onzekerheden hebben de commissie niet weerhouden het onderhavige advies uit te brengen. Drijfveer daartoe was niet alleen het plichtsgevoel de gestelde vragen zo goed mogelijk te beantwoorden, maar vooral een gevoel van verantwoordelijkheid: in de eerste plaats jegens de hulp zoekende patiënt die bescherming behoeft tegen (reguliere en alternatieve) kwakzalverij en ten tweede jegens het alternatieve veld. Alternatieve beroepsbeoefenaren worden zich in toenemende mate bewust van de noodzaak serieus onderzoek te doen naar de effectiviteit van hun behandelwijze. Zij zijn daartoe in vele gevallen bereid en in een aantal gevallen tevens in staat, maar naar het oordeel van de commissie behoeven zij (voorlopig) deskundige ondersteuning vanuit de reguliere wetenschappelijke wereld.

Daarenboven hoopt de commissie dat, in het verlengde van haar advies en het daarin geadviseerde onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen, een fundamentele discussie tussen reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren en universitair geschoolde onderzoekers tot stand zal komen die leidt tot onderzoek naar de essentie van 'genezen' en 'het geneesproces'. Onderzoek naar de aard en omvang van het placebofenomeen (zie sub 10) zal in dezen de eerste stap moeten zijn.

4 BESCHOUWINGEN NAAR AANLEIDING VAN DE ADVIESAANVRAGEToenemende belangstelling

Alternatieve behandelwijzen zijn populair en pluri-form: volgens het CBS bezochten in 1990 ruim 900.000 mensen een alternatieve genezer (niet hun eigen huisarts; de als 'alternatieve consulent' werkende artsen (basisartsen en ex-huisartsen) zijn echter ook in deze categorie meegeteld). Het percentage van de bevolking dat jaarlijks een dergelijke alternatieve genezer (niet de eigen huisarts) raadpleegt, steeg van 4,5 in 1985 naar 5,9 in 1990*. Het aantal contacten met deze genezers bedraagt sedert 1988 6 miljoen per jaar.

Patiënten van alternatieve beroepsbeoefenaren (niet de eigen huisarts) blijken significant meer gebruik te maken van reguliere medische voorzieningen (zowel eerste- als tweedelij) dan diegenen die zich tot het reguliere medische circuit beperken, ook wanneer wordt gecorrigeerd voor mogelijk vertekende variabelen.

Het aantal contacten met huisartsen die - zij het soms slechts sporadisch - alternatieve behandelwijzen toepassen, steeg in de periode 1985-1990 van 3,5 naar 8,1 miljoen*. Mensen met een huisarts die (ook) alternatief werkt, blijken hun huisarts vaker te consulteren dan mensen met een reguliere huisarts. Ook gebruiken zij meer medicijnen. Het verwijsperscentage ligt even hoog als bij patiënten van reguliere huisartsen. Uit de CBS-gegevens kan echter niet worden opgemaakt of contacten met de (sporadisch) alternatief werkende huisartsen reguliere danwei alternatieve consulten betreffen. Evenmin bestaat enig zicht op de toeneming in de desbetreffende periode van het aantal huisartsen die (sporadisch) alternatief werken.

Homoeopathie blijkt de meest populaire van de in to-

Ter vergelijking: het percentage van de bevolking dat contact had met de eigen huisarts steeg van 71,9 in 1985 (52 miljoen contacten) tot 75,4 in 1990 (56,2 miljoen contacten) (CBS92).

taal in Nederland bekende 259 alternatieve stromingen. Deze veelheid aan stromingen kan volgens de Stichting Informatie en Documentatiecentrum Alternatieve Geneeswijzen (IDAG) worden teruggebracht tot 13 'domeinen' van duidelijke verwantschap.

Erkenning

Aan de 'erkenning' van alternatieve behandelwijzen zijn verschillende maatschappelijke, verzekeringstechnische en op kwaliteit en wetgeving betrekking hebbende aspecten te onderkennen die nauw samenhangen. In de praktijk blijkt een bewijs van kwaliteit - dat zou kunnen worden geleverd met behulp van wetenschappelijk onderzoek - niet noodzakelijk te zijn voor 'erkenning' door patiënten, noch voor 'erkenning' door verzekeraars.

'Erkenning' door de overheid - waarbij wordt gedacht aan het voldoen aan kwaliteitscriteria door beroepsbeoefenaren en aan het opnemen in het basispakket van effectief gebleken alternatieve behandelwijzen - behoort echter wel degelijk op 'kwaliteit' gebaseerd te zijn. Dit houdt in dat indien uit herhaald en volgens de door de commissie geformuleerde richtlijnen opgezet en uitgevoerd onderzoek blijkt dat met een behandelwijze positieve resultaten worden bereikt, een dergelijke behandelwijze moet worden erkend. Anderszijds betekent dit dat indien uit dergelijk onderzoek bij herhaling blijkt dat aan een behandelwijze geen enkele effectiviteit kan worden toegeschreven, een dergelijke 'erkenning' achterwege blijft. Eenzelfde standpunt neemt de commissie in ten aanzien van reguliere behandelmethoden.

5 REGULIER EN ALTERNATIEF: OPLEIDING. TOEZICHT. WETGEVING

Eerder bleek uit onderzoek van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid dat bijna 60% van de georganiseerde alternatieve beroepsbeoefenaren een reguliere opleiding heeft gevolgd. Deze opleiding betreft evenwel niet het alternatieve handelen.

De commissie maakt melding van verschillende door het

alternatieve veld georganiseerde opleidingen en nascholingscursussen en van in gang gezette activiteiten op het gebied van de ontwikkeling van beroeps- en opleidingsprofielen en landelijke registratiesystemen die moeten leiden tot het realiseren van een kwaliteitsbeleid op dit gebied.

Met het van kracht worden van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) zal een ieder die dit wenst legaal geneeskundige handelingen mogen verrichten, met uitzondering van de zogenoemde 'voorbehouden handelingen'. De patiënt krijgt hiermee een grote keuzevrijheid. Het is dan wel noodzakelijk dat de patiënt in de gelegenheid wordt gesteld de hem geboden keuze op verantwoorde wijze te maken. Gemakkelijk toegankelijke voorlichting alsmede goed gefundeerde registratiesystemen acht de commissie hiertoe onontbeerlijk.

Zij wijst er dan ook op dat de terugtrekkende overheid, die de verantwoordelijkheid legt bij patiënt, zorgverlener en verzekeraar, een rol zal moeten blijven spelen bij het ontwikkelen van randvoorwaarden voor het bereiken van een goed kwaliteitspeil van de verschillende behandelwijzen - danwei bij het ondersteunen van hierop gerichte initiatieven uit het veld.

De commissie acht het voorts van belang dat, in geval van klachten betreffende het handelen van individuele therapeuten die niet onder het medisch tuchtrecht vallen, de overheid - i.c. de Geneeskundige Inspectie - ook na het van kracht worden van de wet BIG rechtstreeks benaderbaar blijft.

6 ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE HEDENDAAGSE MAATSCHAPPIJ

De commissie heeft zich de vraag gesteld waaraan de nog steeds toenemende belangstelling voor de alternatieve behandelwijzen kan worden toegeschreven. Zij komt tot de conclusie dat de huidige hang naar alternatieve behandelmethoden een exponent is van een algemene trend in het hedendaagse leven: men wil graag op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandeld worden, maar zoekt daarbij tevens waardering voor zijn gevoelens en zijn neigingen tot irrationaliteit - die weliswaar

niet zonder meer te rijmen zijn met de wetenschappelijke denkrant, maar waarvan het bestaan niet kan worden ontkend. Van de alternatieve beroepsbeoefenaren wordt verwacht dat zij voorzien in de behoefte die uit *deze* ambivalentie voortspuit.

Deze tweeslachtigheid in de zorgvraag leidt de commissie tot de conclusie - en de in hoofdstuk 4 weergegeven cijfers staven zulks - dat alternatieve behandelwijzen voor het merendeel van de patiënten niet als substituut voor het regulier medisch handelen kunnen fungeren, maar daaraan complementair zijn.

7, 8, 9 WETENSCHAP EN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De commissie heeft in de - vaak diepgaande - gesprekken in de verschillende werkgroepen ervaren dat over datgene wat onder 'wetenschap' en 'wetenschappelijk onderzoek' moet worden verstaan bij reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren zeer verschillende ideeën leven. Aangezien het de wettelijke taak van de Gezondheidsraad is te adviseren omtrent 'de stand van wetenschap', heeft de commissie een beschouwing gewijd aan 'wetenschap', de wetenschappelijke methode en de doelstellingen van wetenschap.

'Wetenschap' kan worden gekarakteriseerd met begrippen als objectief, logisch en systematisch. Belangrijkste kenmerk van een wetenschappelijke methode is toetsbaarheid; doel van het werken volgens een wetenschappelijke methode is de cumulatie van kennis die kan leiden tot het oplossen van problemen.

De commissie maakt melding van verschillende wetenschapsfilosofische stromingen en opvattingen; zij constateert dat wetenschap en maatschappij elkaar voortdurend en vergaand beïnvloeden. De commissie onderkent de opleving van het postmodernisme maar wijst - in relatie tot het geneeskundig handelen - het postmoderne principiële relativisme van de hand.

Zij stelt dat bij onderzoek op het gebied van de alternatieve behandelwijzen weliswaar van methoden uit verschillende wetenschapsgebieden gebruik moet worden gemaakt, maar waarschuwt voor wat door beoefenaren van alternatieve behan-

delwijzen wel 'aangepaste methodologie' wordt genoemd. Deze betiteling zou de suggestie kunnen wekken dat, gezien de complexiteit van wetenschappelijk onderzoek op alternatief gebied, zou kunnen of moeten worden volstaan met onvoldoende of niet gevalideerde methoden. Van een dergelijke aanpak kan in wetenschappelijk onderzoek nimmer sprake zijn: in de wetenschap wordt een probleem - ofwel een tekort aan kennis - benaderd volgens de wetenschappelijke methode die daarvoor geschikt is, ongeacht het vakgebied. Het moge overigens duidelijk zijn dat ook wetenschappelijke methoden zich, met het voortschrijden der wetenschap, verder ontwikkelen.

De commissie formuleert een aantal kwaliteitscriteria voor effectiviteitsonderzoek*, waarbij zij ingaat op de verschillende aspecten van validiteit en op de bedreigingen waaraan ieder van deze aspecten blootstaat. Zij wijst erop dat het in de praktijk meestal niet haalbaar is een effectonderzoek te doen dat in alle opzichten valide is; daarom adviseert zij verschillende, elkaar aanvullende onderzoekingen te doen naar de effectiviteit van een behandeling.

10 PLACEBO-PERIKELEN

De commissie gaat uitvoerig in op het 'placebo-fenomeen'. Zij wijst er op dat het begrip 'placebo' in verschillende betekenissen wordt gebruikt:

- 1 In het kader van een behandeling: een middel (geneesmiddel of behandelwijze) dat wel in de therapie wordt toegepast, maar dat geen enkel ingrediënt bevat dat een directe, gerichte werking op de in het geding zijnde pathofysiologische processen heeft die op een klaarblijkelijke en inzichtelijke wijze het natuurlijke ziektebeloop zou kunnen wijzigen.
- 2 In het kader van wetenschappelijk onderzoek: een 'schijn-behandeling' (dummy) bij een geblindeerd onderzoek naar behandelwijzen; bedoeld wordt dan elke

In bijlage VII worden praktische aanwijzingen gegeven voor de opzet van effectiviteitsonderzoek.

toediening van een geheel inerte stof (uiterlijk niet te onderscheiden van de pil, poeder, etc. met werkzame stof) en iedere loze procedure die met of rond een patiënt in een onderzoek wordt ondernomen.

- 3 In het kader van ieder therapeutisch contact: de niet volledig inzichtelijke en niet exact te omschrijven invloed die uitgaat van het complex behandelaar - 'behandelsetting' (de situatie waarin de behandeling plaatsvindt) - het behandelen op het genezen door de patiënt. In deze zin gebruikt valt het begrip 'placebo' enerzijds samen met datgene wat over het algemeen met geneeskunst wordt aangeduid; anderzijds behelst iedere benadering van een patiënt - ook indien deze bruut of technisch en afstandelijk is - een placebo-component. In deze betekenis spreekt men wel van 'placebo-actie'. Deze component speelt ook bij de onder 1 en 2 aangegeven betekenissen altijd mede een rol.

Een placebo-effect (placebo-respons) omschrijft de commissie als het effect dat een placebo teweeg brengt, ofwel dat gedeelte van het totale behandelresultaat dat - geïnduceerd door de combinatie van behandelaar, behandelsetting en het behandelen - via verre van begrepen mechanismen en processen (die tezamen de placebo-reactie vormen) door de patiënt zelf tot stand wordt gebracht. In de litteratuur worden placebo-effecten ook wel aangeduid als effecten die, bij onderzoek vanuit een bepaald theoretisch kader, aan niet-geïdentificeerde oorzaken worden toegeschreven.

De commissie wijst op de vertekening die zich ten gevolge van het optreden van het placebo-effect bij de evaluatie van elk klinisch onderzoek kan voordoen, ook wanneer daarin geen placebo-groep is opgenomen. Zij geeft een vijftal aspecten aan die nader onderzoek behoeven:

- 1 De complicatie van het 'placebo-responderschap'¹: het blijkt dat individuele patiënten niet als 'placebo-responder' of 'placebo-non-responder' zijn te karakteriseren, maar dat iemand de ene keer wel en de

andere keer niet (meetbaar) op placebo reageert. Dit fenomeen maakt dat niet zonder meer is vast te stellen of een bereikt effect in een verum-groep daadwerkelijk door het verum teweeg gebracht is.

Het probleem van de 'voorkennis'; niet alleen weerspiegelt het feit dat een behandelaar weet dat een reële kans bestaat dat hij de patiënt een placebo toedient zich in de werkzaamheid van de behandeling, ook de 'informed consent' heeft gevolgen: het feit dat een patiënt weet dat de kans bestaat dat hij een placebo krijgt, blijkt een meetbare invloed te hebben op de werkzaamheid van het verum. Maar ook blijkt het feit dat een patiënt weet dat de kans bestaat dat hij een middel met een bepaalde werking krijgt zowel van meetbare invloed te kunnen zijn op het effect van dit verum als op het effect van een toegediend placebo. Het fenomeen van de 'geconditioneerde - ofwel (onbewust) geleerd door ervaring - placebo-respons': er zijn duidelijke aanwijzingen dat neutrale, soms zelfs niet rechtstreeks met het behandelen van de patiënt samenhangende, stimuli een verbetering van de patiënt kunnen bewerkstelligen wanneer deze tevoren bij herhaling door de patiënt zijn geassocieerd met een behandeling waarbij deze baat heeft. Het fenomeen doet zich ook in negatieve zin voor. De rol van conditionering bij het voortbestaan van klachten kan aanzienlijk zijn; deconditionering lijkt dan ook een niet te verwaarlozen onderdeel te zijn van een effectieve behandeling.

De kans op 'ontdekking': rekening moet worden gehouden met de mogelijkheid dat zowel behandelaar als patiënt al vrij snel na de aanvang van het onderzoek kunnen vaststellen of zij verum danwei placebo geven respectievelijk krijgen.

Het ethisch dilemma - dat ontstaat wanneer bij patiënten met in principe via een bekende therapie goed te behandelen aandoeningen onderwille van een onderzoek placebo zou moeten worden gegeven.

De commissie maakt melding van verschillende denkmodellen die zijn ontwikkeld en concrete pogingen die zijn ondernomen om de problemen die spelen bij de evaluatie van patiëntgebonden onderzoek aan te pakken.

Zij wijst erop dat, zolang de aard en omvang van het placebo-fenomeen in het geneeskundig handelen niet allerwegen worden onderkend en zolang daarin niet meer inzicht bestaat, de evaluatie van onderzoek naar de effectiviteit van welke behandelwijze dan ook - zowel regulier als alternatief - uiterst moeizaam zal blijven - ofwel belangrijke aspecten buiten beschouwing zal laten als gevolg waarvan het formuleren van conclusies een hachelijke onderneming wordt.

De commissie acht het niet onmogelijk dat zich, bij uitwerking van de in dit advies geformuleerde gedachten en onderzoeksvoorstellen, de conclusie zal opdringen dat veel overeenkomsten bestaan tussen de weg waarlangs 'geneeskunst', 'stimulering van het zelfhelend vermogen' en 'placebo' het 'spontane ziektebeloop' beïnvloeden; zij verwacht dat op dit niveau een raakvlak tussen regulier en alternatief kan worden gevonden. Zij bepleit dan ook nader onderzoek te verrichten naar de essentie van het placebo-fenomeen en naar de mogelijkheden tot optimale exploitatie daarvan. De commissie is van mening dat men zich daartoe op fundamenteel niveau zal moeten verdiepen in wat onder 'genezen' en 'het geneesproces' moet worden verstaan en in de factoren die daarop van invloed zijn. Gezien de nauwe verwevenheid van cultuur en maatschappij met de te bestuderen fenomenen, kan in dezen niet worden volstaan het met het transponeren van in het buitenland verkregen resultaten naar 'de' Nederlandse situatie.

11 WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN
ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

Mede op grond van de rapportages van de werkgroepen komt de commissie tot de conclusie dat, ondanks de in hoofdstuk 10 aangeduide complicaties, wetenschappelijk onderzoek

naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen in principe mogelijk is.

Daar alternatieve behandelwijzen in de meeste gevallen claimen de 'gehele mens' in hun benadering te betrekken, inclusief diens relaties met de respectievelijke (fysieke en (psycho)sociale) omgeving, zullen de methoden met behulp waarvan de effectiviteit van dergelijke behandelwijzen wordt onderzocht, zich op deze verschillende aspecten moeten richten. Omdat de veelomvattende benadering het vaststellen van oorzaak-gevolg relaties ten zeerste bemoeilijkt en bovendien bij de meeste alternatieve stromingen een gedegen theoretische grondslag ontbreekt, adviseert de commissie in eerste instantie onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen uit te voeren volgens een zogenaamde 'black box' benadering. Dit betekent dat

begin- en eindpunt in reguliere en in alternatieve termen worden vastgesteld (dit houdt in dat duidelijke begripsomschrijvingen nodig zijn van het te onderzoeken ziektebeeld (diagnose en symptomatologie/typologie) en de te bereiken verandering daarin) de behandelaar de patiënt volgens zijn eigen inzichten behandelt, maar wel overeenkomstig hetgeen aanvaard is binnen de beroepsgroep

per patiënt een uitvoerige anamnese wordt vastgelegd alsmede zeer nauwkeurig aantekening wordt gemaakt van hetgeen de behandeling precies inhoudt (inclusief leef- en voedingsvoorschriften), maar ook hoe het arts-patiënt contact verloopt, wat tijdens het gesprek aan de orde komt (inclusief niet-medische onderwerpen) en hoe lang de contacten duren

tevorens afspraken zijn gemaakt over de duur van de behandelperiode

alleen de resultaten van de behandeling in de beschouwingen worden betrokken, zonder dat men zich verdiept in de mechanismen die deze resultaten teweeg hebben gebracht.

De commissie adviseert bij dergelijk onderzoek de regels te volgen voor 'good clinical practice' zoals deze zijn vastgesteld binnen de EG.

12, 13 KNELPUNTEN BIJ DE OPZET EN BEOORDELING VAN ONDERZOEK
NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN
EN DE CONSEQUENTIES DAARVAN

Ook indien men onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen volgens een black box benadering aanpakt, blijken zich vele problemen en knelpunten voor te doen. Deze zijn primair terug te voeren op de verschillen in mensbeeld en in denk- en belevingswereld van waaruit reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren werken en waaruit verschillende ideeën voortvloeien over hetgeen onder 'ziekte', 'gezondheid' en 'genezen' moet worden verstaan. Omdat in deze verschillende werelden eigen begrippenkaders, een eigen taxonomie en een eigen 'taal' worden gehanteerd, stuit communicatie met andersdenkenden op onverwachte barrières.

De commissie acht het dan ook noodzakelijk dat diegenen die zich bezighouden met onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen het er over eens worden dat de te gebruiken termen voor hen dezelfde betekenis hebben. Zij adviseert de alternatieve beroepsbeoefenaren allereerst het eigen handelen kritisch te analyseren en te komen tot ook voor reguliere medici duidelijke omschrijvingen van de door hen gebruikte begrippen en beoogde doelstellingen.

Inhaerent aan de verschillende denkkaders is tevens dat vanuit verschillende invalshoeken wordt gekeken naar wetenschappelijk onderzoek en de resultaten daarvan - en dat andere ideeën bestaan over wat als 'feit' kan worden beschouwd. Enig inzicht in de wijze waarop eventueel geconstateerde effecten tot stand komen, acht de commissie dan ook voorwaarde voor acceptatie van alternatieve behandelwijzen buiten de eigen kring. Zij wijst erop dat daartoe door de verschillende alternatieve groeperingen zal moeten worden gewerkt aan het opstellen van theorieën en van toetsbare hypothesen.

De commissie adviseert een begin te maken met de aanpak van deze problematiek door de in de bijlagen bij dit advies geformuleerde onderzoeksvoorstellen - waaromtrent reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren ten slotte overeenstemming hebben weten te bereiken - uit te voeren. Uitgaande van de resultaten daarvan kan verder worden gewerkt aan de opzet van meeromvattende projecten.

De commissie onderkent echter tevens het grote belang van nader onderzoek naar de bij het regulier medisch handelen meestal impliciet blijvende componenten, veelal aangeduid met begrippen als 'geneeskunst' en 'placebo', en naar hetgeen in feite met een behandeling wordt beoogd. Dergelijk onderzoek zal de voorwaarde vormen voor communicatie op fundamenteel niveau tussen wetenschappelijke onderzoekers uit reguliere en alternatieve hoek. Universitaire betrokkenheid in de vorm van participatie door vakgroepen uit zowel alpha-, bèta- als gamma-wetenschappen zal daarbij onontbeerlijk zijn.

14 COÖRDINATIECOMMISSIE ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

In een uitvoerig, deels inventariserend hoofdstuk adviseert de commissie tot instelling van een kleine kerngroep van onafhankelijke deskundigen die de instelling moet voorbereiden van een Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen. De coördinatie en 'kwaliteitsborging' waarmee deze commissie zich zal moeten bezighouden, hebben betrekking op:

- 1 wetenschappelijk onderzoek
- 2 basisopleidingen van niet-artsen; na- en bijscholing
- 3 voorlichting, zowel aan (reguliere en alternatieve) beroepsbeoefenaren als aan (potentiële) patiënten
- 4 registratie (van alternatieve beroepsbeoefenaren, van alternatieve geneesmiddelen en van het alternatieve handelen).

Benadrukt zij dat de activiteiten van een dergelijke Coördinatiecommissie niet in praktisch-uitvoerende zin worden gedacht.

15 AFSLUITENDE OPMERKINGEN

In een beschouwende paragraaf wijst de commissie erop dat de in haar advies gesignaleerde communicatieproblemen zich niet exclusief voordoen tussen reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren. Ook binnen de kring der reguliere en binnen die der alternatieve beroepsbeoefenaren doen zich communicatiestoornissen voor. Dit onderstreept de noodzaak van het sub 13 bepleite onderzoek naar een 'taal' die gedachtenwisseling op fundamenteel niveau mogelijk maakt. Dit laat onverlet dat de commissie het belang onderkent van de eigen identiteit van de verschillende richtingen: de pluriformiteit van de bevolking rechtvaardigt een pluriforme hulpverlening.

In een korte paragraaf over 'kwakzalverij' wordt gesignaleerd dat malafide beroepsuitoefening zich niet beperkt tot het alternatieve circuit. De commissie acht de aanduiding 'consultatief arts' misleidend aangezien de nascholing van ex-huisartsen, basis-artsen en tandartsen in deze categorie zich in de huidige situatie kan beperken tot het alternatieve handelen. Op het niveau van kennis van en bekwaamheid in de reguliere geneeskunde van deze consultatieve artsen bestaat geen enkel zicht.

Een enkel woord wijdt de commissie aan de situatie met betrekking tot de alternatieve behandelwijzen in andere westerse landen. Deze blijkt in vele gevallen vergelijkbaar te zijn met die in Nederland. Zowel de Verenigde Staten als in in verschillende Europese landen zijn de laatste jaren aanzienlijke bedragen beschikbaar gesteld voor wetenschappelijk onderzoek op alternatief gebied. De commissie adviseert de Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen te streven naar samenwerking met de verschillende instanties en onderzoekers die in het buitenland op dit terrein actief zijn.

16, 17 AANBEVELINGEN

Het rapport wordt besloten met een beknopte beantwoording van de adviesaanvraag (hoofdstuk 16) en 23 aanbevelingen (hoofdstuk 17).

18 NAWOORD

In haar 'nawoord' filosofeert de commissie over de mogelijke opbrengst van haar activiteiten. Zij verwacht dat de in de bijlagen opgenomen voorstellen tot onderzoek naar de effectiviteit van een aantal alternatieve behandelwijzen kunnen fungeren als een aanzet voor verderreikend onderzoek dat, deels pragmatisch en deels fundamenteel, zal kunnen leiden tot een dieper inzicht in de essentie van 'ziekte', 'gezondheid' en 'genezen' en tot beter begrip van de relatie mens, omgeving (zowel biologisch als (psycho)sociaal), geneeskunde en geneeskunst. De commissie bepleit als eerste stap in dezen onderzoek naar de essentie, betekenis en omvang van het placebo-fenomeen.

19, 20, 21 ACHTERGRONDINFORMATIE

Voorafgaand aan de bijlagen - die ook de rapportages van de werkgroepen bevatten - zijn een begrippenlijst, een lijst van gebruikte afkortingen en lijsten van geraadpleegde literatuur opgenomen.

TREFWOORDEN

Acupunctuur
Alternatieve behandelwijzen
Anthroposofie
Coördinatiecommissie
Effectiviteit/werkzaamheid
Erkenning
Homoeopathie
Internationale samenwerking
Kwaliteitsborging
Placebo-fenomeen
Manuele geneeswijzen
Natuurgeneeswijzen
Rendement
Taal
Wetenschap
Wetenschappelijk onderzoek

XXX11

CENTRAL ISSUES

In this report the feasibility of establishing the (possible) effectiveness of alternative modes of treatment by scientific methods is considered at two levels:

1 The pragmatic level. Effectiveness studies could be carried out on the basis of a 'black box' approach, using established methods from the humanities, the sciences and the social sciences. The report sets out the conditions that need to be fulfilled and puts forward a number of concrete research proposals.

2 The fundamental level. It is elucidated that behind the pragmatic approach the real problem lies hidden: what, in the different schools of thought, is meant by concepts as 'illness' and 'disease', 'health', 'curing', 'healing' and what is considered a 'positive effect of treatment'? How can such an effect be achieved and which factors play a role in this process? Real answers to these questions can only be found when both regular and alternative practitioners succeed in analysing and articulating the different components of their treatments, including those that usually remain implicit. Only then will they be able to exchange ideas at a fundamental level.

The report proposes that a representative Coordinating Committee for Alternative Modes of Treatment be set up, responsible for coordination and quality assurance. This committee should also encourage discussion among interested parties from various scientific and practical disciplines, with a view to stimulating research initiatives. Such discussion might lead to the conclusion that research on the effectiveness of (alternative) methods of treatment, in order to be meaningful, will need to be based on research on the essence of 'healing' and 'the healing process'. Studies on the nature and extent of the placebo phenomenon will constitute a first step.

SUMMARY.

BACKGROUND

Introduction

In 1981 the Alternative Medicine Committee (Commissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG), better known after its Chairman as the Muntendam Committee), issued its comprehensive report 'Alternative Medicine in the Netherlands'. The report stated* among other things:

'the CAG recommends that the government promote scientific research on alternative medicine'.

The report also recommended

'the setting up of a Committee for consultation and advice which, among other things, would be required to consult with and advise the government on the elaboration and implementation of the CAG's recommendations and on issues of relevance to alternative medicine'.

The report by the Muntendam Committee and, more specifically, the two recommendations quoted above, prompted the government's request for advice submitted to the Health Council in October 1983.

Working method

The Health Council committee installed in response to this request decided at an early stage to confine its attention to the most important modes of alternative medicine identified by the Muntendam Committee: acupuncture, anthroposophical medicine, homeopathy, manual therapies, natural

See annex I.

medicine and paranormal healing. Working groups have been set up for each of these methods. The working groups consisted of committee members and physicians who practise the alternative method in question. Care was also taken to ensure that the working groups had sufficient methodological and statistical expertise at their disposal. Since no physicians could be found among the paranormal healers, the Working Group on Paranormal Healing operated on a different and more limited basis.

The working groups were asked to draw up a preliminary report for the committee concerning the way in which research might be conducted on the effectiveness of the alternative modes of treatment in question. These preliminary reports - some of which have been finished only after years of discussion - were discussed by the committee. In some cases important changes were suggested. The reports as ultimately accepted by the committee, and the conclusions formulated in response to them, provide the basis for this report*.

Description of concepts

In line with the work of the Muntendam Committee, the terms 'orthodox' and 'alternative'¹ are used in this report. The committee realizes, however, that it is not possible to draw a rigorous distinction between these two broad categories. Furthermore, the committee considers that the words 'complementary' or 'supplementary' would more aptly describe the aims and nature of certain 'alternative'¹ methods. In view of the highly different interpretations of the concepts of 'holistic' and 'integral'¹, the committee decided not to use these epithets.

Nor did the committee feel comfortable with the term 'alternative medicine', since (especially in Dutch) it might suggest that these modes of treatment do lead to recovery - which is precisely what is to be investigated. It has therefore opted for the term 'alternative modes of treatment'¹.

The working group reports are attached as annexes XI-XVI.

By 'alternative modes of treatment' the committee understands all modes of treatment offered in the Netherlands on a professional basis outside orthodox medicine. The committee defines 'orthodox medicine'¹ as the medical knowledge and skills which medical students in the Netherlands must acquire in order to graduate.

The Dutch Federation of Physicians practising Supplementary/ Alternative Medicine (Artsenfederatie Alternatieve Geneeskunde, AAG) - the umbrella organisation for the various associations of alternative physicians - characterises alternative modes of treatment as follows (AAG91):

'the patient is assessed in a broader context than in the case of orthodox medicine
disease is not regarded as a functional impairment of an organ or system of organs but as a disturbance of the homeostasis
preference is given in treatment to different, health-promoting methods.'

To this the committee would add a number of aspects which it considers relevant:

alternative modes of treatment seek to restore the 'homeostasis' by enhancing the 'patient's self-healing capacity'; this may be done by means of a health-promoting lifestyle (e.g. dietary regimens), or with the aid of specific stimuli (e.g. the insertion of needles, use of different drugs or by manipulation) ;

in general alternative practitioners examine and treat not just the physical, 'objective' body but also the 'subjective' body' (i.e. the subjective experience of the body) and the 'whole person': they also address the 'inhabitant of the body';

generally speaking the approach adopted by alternative practitioners demands an active attitude and participation on the part of the patient.

2 REPORTS ON ORTHODOX AND ALTERNATIVE MEDICAL TREATMENTS
SINCE 1865

The committee has studied the position of alternative modes of treatment and the attitude of the authorities towards such treatments since the introduction of the Medical Practice Act in 1865. Various quotations illustrate the fact that alternative modes of treatment have always had their advocates and that both the government and the physicians consulted on these matters have always sought to combat quackery. It has also been consistently noted, however, that the patient needs to be left a certain amount of freedom to seek the kind of help in which he or she has confidence.

The numerous committees that have advised the government on this issue over the years have consistently emphasized the importance of adequate basic medical knowledge on the part of all those engaged in the treatment of patients. Since 1913 these committees have also regularly insisted on critical scientific research in the alternative field.

The evidence clearly shows that since the introduction of the Medical Practice Act, the government has felt a marked need for effective means of assuring standards in alternative modes of treatment.

3 POLITICS AND ALTERNATIVE MODES OF TREATMENT IN THE
1980S

In analysing the relationship between politics and alternative modes of treatment in the 1980s*, the committee has reached the following conclusions:

In many cases the (presumed) interests of society take precedence over scientific arguments in government policy.

Government, Parliament and society appear to have accepted the phenomenon of 'alternative modes of

A survey of relevant statements is provided at annex V.

treatment'. Therefore, there would appear to be little political need at the present time for a report on the feasibility of scientific research in this area, given the costs of such a research programme. As a consequence, it is uncertain how this report will be followed up: will the authorities in fact insist that the research projects proposed by the working groups be carried out? Will the results of such research subsequently be reflected in government policy?

These uncertainties have not deterred the committee from issuing its report. It did so not just out of a sense of duty to answer the questions posed by the State Secretary as effectively as possible, but also out of a sense of responsibility: in the first place towards patients who seek help and who need protection against quackery (both orthodox and alternative) and secondly towards the alternative field. Alternative practitioners have become increasingly aware of the need for serious research on the effectiveness of the treatment they provide. They are in many cases prepared and in some cases able to work on this, but in the committee's opinion they still need expert support from the orthodox scientific community.

In addition the committee hopes that, by way of extension to its report and the research it recommends, a fundamental debate will get started between orthodox and alternative practitioners and academically trained researchers, leading to research on the essence of 'healing' and 'the healing process'. Research on the nature and extent of the placebo phenomenon (see chapter 10) will have to be the first step in this process.

Growing interest

Alternative modes of treatment are popular and diverse: according to the Central Bureau of Statistics, in the

Netherlands in 1990 over 900,000 people consulted an alternative practitioner (other than their own GP; physicians working as 'alternative consultants' have however also been included in this category). The percentage of the population annually Consulting an alternative practitioner (other than the patient's own GP) rose from 4.5 in 1985 to 5.9 in 1990*. Since 1986 there have been 6 million contacts a year with alternative practitioners.

The patients of alternative practitioners (other than their own GPs) turn out to make significantly more use of orthodox medical facilities (both primary and institutional care) than those limiting themselves to the conventional medical circuit, even after correction for distorting variables.

The number of contacts with GPs who - if only sporadically - apply alternative modes of treatment rose between 1985 and 1990 from 3.5 to 8.1 million*. Persons whose GP also practises alternative modes of treatment consult them more frequently than persons whose GP works along conventional lines only. They also consume more pharmaceuticals. The referral percentage is the same as that for the patients of orthodox GPs. The CBS figures do not, however, indicate whether the contacts with GPs who (sporadically) work along alternative lines involve orthodox or alternative consultations. Nor are there any figures on the increase during this period in the number of GPs providing alternative modes of treatment from time to time.

Of the 250 known alternative modes of treatment in the Netherlands, homeopathy is the most popular. According to the Alternative Medicine Information and Documentation Centre (Stichting Informatie- en Documentatiecentrum Alternatieve Geneeswijzen, IDAG), the wide variety of alternative modes of treatment may be reduced to 13 clearly related schools.

By way of comparison: the percentage of the population who visited their own GP rose from 71.9 in 1985 (52 million contacts) to 75.4 in 1990 (56.2 million contacts) (CBS92).

Recognition

With respect to the 'recognition' of alternative modes of treatment, a number of closely related social and Insurance considerations and quality-related and legislative aspects may be distinguished. In practice, evidence of quality - as might be supplied by means of scientific research - has not proved necessary for 'recognition' by patients or insurers.

On the other hand, 'recognition' by the government - requiring compliance with the quality standards for practitioners and leading to inclusion in the social insurance package of medical services - does need to be based on 'quality'. This means that if repeated scientific studies, carried out in accordance with the guidelines as laid down by the committee, shows effectiveness of a particular mode of treatment, that treatment should be recognized. On the other hand it means that if such research repeatedly indicates that no effectiveness can be attributed to a particular form of treatment, recognition must be withheld. The committee takes the same view with respect to orthodox methods of treatment.

5 ORTHODOX AND ALTERNATIVE; TRAINING, SUPERVISION AND LEGISLATION

A survey conducted at an earlier date by the Dutch National Advisory Council for Public Health (Nationale Raad voor de Volksgezondheid) showed that nearly 60% of the members of alternative professional organisations had undergone orthodox medical training. That training did not, however, include alternative treatment. The committee points out that the alternative field has organised a number of training courses and that steps have been taken to develop professional and training profiles and national registration systems with a view to establishing a system of standards in this field.

The coming into force of the Individual Health Care Professions Act (Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg, BIG) will mean that any person wishing to do so will be allowed to provide medical treatments with the exception of

those actions that are by law reserved to doctors. This will give the patient a large measure of choice. The patient however needs help to make a responsible choice. In this respect the committee regards easily accessible information and properly based registration systems as indispensable.

The committee accordingly points out that even under a policy of 'government at a distance', in which responsibility rests with patients, health care providers and insurers, the government will still need to play a role in establishing the necessary conditions for achieving a high level of quality in the various modes of treatment or will need to support initiatives to that end organised by the alternative field.

The committee also considers it important that, in the event of complaints concerning the conduct of individual therapists who fall outside the medical code of conduct, the authorities - in this case the Medical Inspectorate of Public Health - should remain accessible to the general public, also after the BIG Act has come into force.

6 ALTERNATIVE MODES OF TREATMENT IN CONTEMPORARY SOCIETY

The committee asked itself which factors are responsible for the continuously growing interest in alternative modes of treatment. It reached the conclusion that the present proclivity for alternative modes of treatment reflects a general trend in society: on the one hand people want scientifically justified treatments, but, at the same time, they want recognition of their feelings and their irrational thoughts. Alternative practitioners are expected to meet the needs arising from this ambivalence.

This ambiguity in the demand for care leads the committee to the conclusion (substantiated by the figures in chapter 4) that for the majority of patients alternative treatments do not provide a substitute for conventional medicine but are complementary.

7, 8, 9 SCIENCE AND SCIENTIFIC RESEARCH

In the often searching discussions within the various working groups, it became evident to the committee that orthodox and alternative practitioners have very different ideas about the meaning of 'science' and 'scientific research'. Since the Health Council's statutory terms of reference are to advise on 'the state of science', the committee has given some consideration to the concept of 'science' / to the scientific method and to the goals of science.

'Science' may be characterised by terms as 'objective', 'logical' and 'systematic'. The most important characteristic of any scientific method is its testability. The aim of working according to a scientific method is the accumulation of knowledge that may lead to the solution of problems.

The committee points out the existence of various schools of thought and attitudes within the philosophy of science. It also notes that science and society show a close and continuous interaction. The committee recognizes the emergence of post-modernism but, as far as medical treatment is concerned, rejects post-modern fundamental relativism.

Although methods from various scientific disciplines need to be used when it comes to evaluation of alternative modes of treatment, the 'adapted methodology' called for by alternative practitioners needs to be guarded against. This terminology could give the impression that, given the complexity of scientific research in the alternative field, it is possible or necessary to suffice with inadequate or non-validated research methods. Such an approach has no place in scientific research: a problem needs to be approached using the appropriate scientific methods, irrespective of the discipline. At the same time it will be clear that scientific methods continue to evolve with scientific progress.

The committee has formulated a number of quality criteria for effectiveness studies*. Among other things the

Practical indications for the design of scientific research are set out in annex VII.

committee examines the various aspects of validity and the threats to which each of those aspects is exposed. It points out that it is often not feasible to conduct an effectiveness study that is valid in every respect. For that reason it proposes to carry out various, mutually complementary studies on the effectiveness of a particular treatment.

10 PLACEBO-PROBLEMS

The committee extensively discusses the placebo phenomenon. It notes that the concept of 'placebo' is used in various senses:

- 1 Within the scope of a treatment: a remedy or measure (e.g. drug or other form of treatment) that is used as a therapy but which does not contain any ingredient with any direct, targeted activity on the pathophysiological processes in question that could modify the natural course of the disease in any evident or identifiable way.
- 2 Within the scope of scientific research: a dummy treatment (the administration of an inert substance indistinguishable from a pill or powder containing an active substance) or a dummy procedure, used in blinded clinical trials.
- 3 As part of any therapeutic contact: the not entirely understood and not precisely definable influence originating from the combination of therapist, therapy setting (i.e. the situation in which the treatment takes place) and therapy on the self-healing by the patient. In this sense the concept of 'placebo' corresponds with what is generally understood by 'the art of medicine. On the other hand every approach to a patient, even when brute or technical and stand-offish, contains a placebo component. This is sometimes referred to as 'placebo action'. It also plays a part in the situations described under 1 and 2 above.

The committee defines a placebo effect (or placebo response) as the effect brought about by a placebo or that element of the overall therapy result which - induced by the complex of therapist, therapy setting and therapy - is brought about by the patient himself by means of little understood mechanisms and processes (collectively forming the Placebo reaction). The literature also describes placebo effects as effects which, in terms of research based on a particular theoretical orientation, are attributed to unidentified causes.

The committee notes the distortion that can arise from the placebo effect in the evaluation of any clinical trial, even if the latter does not include a placebo group. It specifies five aspects requiring further investigation:

- 1 The complication of 'placebo-responsiveness': individual patients cannot be characterised as either 'placebo-responders' or 'placebo-non-responders'; people sometimes react to placebo and sometimes do not (at any rate not measurably). As a result, it is not possible to establish in a straightforward way whether an effect achieved in a group taking an active drug (verum) is in fact attributable to the verum.
- 2 The problem of foreknowledge: not only is the fact that the practitioner knows that he might possibly be administering a placebo reflected in the effectiveness of the treatment under investigation; informed consent also plays a role. The fact that the patient knows that he might be receiving a placebo has a measurable effect on the effectiveness of the verum. Similarly, the fact that a patient knows that there *is* a chance he or she will be receiving a drug with a certain effect may have a measurable impact on the effect of both verum and placebo.
- 3 The phenomenon of the conditioned placebo-response: there are clear indications that neutral stimuli, in some cases not even directly related to the patient's treatment, can bring about an improvement if these stimuli have previously been repeatedly associated by

the patient with a beneficial result. The phenomenon also has a negative form: conditioning may play a substantial role in the persistence of complaints. Consequently, deconditioning may be a far from negligible element in effective treatment.

- 4 The chance of 'discovery': allowance needs to be made for the possibility that both the therapist and the patient, fairly soon after commencement of a trial, can discover whether they are giving/receiving verum or placebo.
- 5 The ethical dilemma which arises when a patient suffering from a disorder that is known to respond well to an established therapy should be given a placebo in the interest of a clinical trial.

The committee reports that a number of conceptual models have been developed and concrete efforts have been undertaken in order to solve the problems inherent in the evaluation of clinical trials. It notes that as long as the nature and extent of the placebo phenomenon is not generally recognized and as long as there is a lack of insight in this phenomenon, the evaluation of effectiveness studies of any form of treatment - both orthodox and alternative - will remain very difficult, or will leave out important aspects, making conclusions precarious.

The committee does not rule out the possibility that, after the ideas and research proposals formulated in this report have been worked out, the conclusion will be that the way in which 'the art of medicine, 'stimulation of self-healing capacity' and 'placebo' all affect the 'spontaneous course of a disease' have much in common. The committee expects that orthodox and alternative modes of treatment will find their common ground on this level. The committee therefore strongly recommends further research on the essence of the placebo phenomenon and on the ways to exploit this phenomenon. This will require analyses at a fundamental level of 'healing' and 'the healing process' and an exploration of the factors that affect

these phenomena. Given the close interaction between culture, society and the phenomena in question, research results obtained abroad cannot be transplanted to 'the' Dutch situation.

11 SCIENTIFIC RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS OF ALTERNATIVE MODES OF TREATMENT

Partly on the basis of the working group reports, the committee concludes that, despite complicating factors as noted in chapter 10, scientific effectiveness studies on alternative treatments are feasible in principle.

Since alternative modes of treatment generally claim to deal with the 'whole person', including the relationships with the physical, social and psychosocial environment, the methods used to examine the effectiveness of such modes of treatment will have to be directed at these different aspects.

Since the comprehensive approach makes it exceptionally difficult to establish cause and effect relations and since most alternative modes of treatment lack a solid theoretical foundation, the committee recommends, as a first step, studies on the effectiveness of alternative modes of treatment by way of a 'black box' approach. This means that:

the starting points and endpoints are specified in orthodox and alternative terms (this means that the syndrome concerned (i.e. diagnosis and symptomatology/typology) and the desired changes in that syndrome need to be specified);

the therapist treats the patient according to his own judgment, but in line with accepted practice in the particular discipline;

a comprehensive case-history is taken for each patient and highly detailed notes are kept of precisely what the treatment entails (including lifestyle and dietary regimens), as well as the nature of the contact between therapist and patient, the issues discussed during the consultation (including non-medical subjects) and the duration of the consultations.

agreements are reached beforehand about the duration of the treatment period; only the results of the treatment are taken into account, without consideration of the mechanisms behind those results.

In conducting such research the committee recommends that the guidelines for good clinical practice as drawn up within the EC be followed.

12, 13 BOTTLENECKS IN THE DESIGN AND EVALUATION OF EFFECTIVENESS STUDIES ON ALTERNATIVE TREATMENTS AND THE IR CONSEQUENCES

Even if a black box approach is used, numerous problems and bottlenecks will still arise. These are primarily due to differing views on mankind and to differences in philosophy and in the experiential world in which orthodox and alternative practitioners work and from which different notions of 'disease' and 'illness', 'health', 'healing' and 'cure' arise. Since these various worlds have their own conceptual frameworks, taxonomy and 'language', communication may run into unexpected barriers.

Consequently the committee considers it essential for those engaged in effectiveness studies of alternative treatments to agree beforehand on the meaning of the terms used. It urges alternative practitioners first of all to critically analyse their own procedures and to arrive at specifications of their concepts and their goals that will also be clear to orthodox physicians.

Another aspect of the difference in conceptual frameworks is that research and its results are approached from differing angles - and that there are different ideas about what may be regarded as 'fact'. Consequently, a certain insight into the way in which diagnosed effects have been achieved is a prerequisite for the acceptance of alternative modes of treatment outside their own circle. To achieve this,

the various alternative schools will have to work on formulating theories and testable hypotheses.

The committee recommends that a start be made by implementing the study proposals - on which orthodox and alternative practitioners succeeded to reach agreement formulated in this report. On the basis of the results more comprehensive projects could then be developed.

At the same time, the committee recognizes the importance of further research on the components of orthodox treatment that generally remain implicit - e.g. 'the art of medicine' and 'placebo' - and on the question what exactly is strived for when treating a patient. Such research will form the prerequisite for communication at a fundamental level between scientific researchers from both orthodox and alternative schools of thought. On this point involvement by university departments in the humanities, the social sciences and the sciences will be indispensable.

14 A COORDINATING COMMITTEE FOR ALTERNATIVE MODES OF TREATMENT

In a detailed and partly inventory chapter the committee recommends the appointment of a small steering group of independent experts to prepare the setting up of a Coordinating Committee for Alternative Modes of Treatment (Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen). The coordination and 'quality assurance' with which this committee will need to occupy itself concern:

- 1 scientific research
- 2 basic training of non-medical practitioners; post-graduate training
- 3 information, both for (orthodox and alternative) practitioners and (potential) patients
- 4 registration (of alternative practitioners, alternative drugs and alternative procedures).

It should be emphasized that the tasks of this Coordinating Committee are not seen as being executive.

In a concluding section the committee points out that the communication problems identified in its report do not only occur between orthodox and alternative practitioners. Similar problems arise within both circles. This underlines the necessity, as discussed in chapter 13, for a 'language' to permit exchange of thoughts at a fundamental level. This in no way detracts from the importance acknowledged by the committee of a separate identity for the various schools; the heterogeneous nature of the population justifies a heterogeneous system of care.

In a brief section on quackery, the committee observes that fraudulent practices are not confined to the alternative circuit. The committee regards the designation 'consulting physician', used by some alternative practitioners, misleading since the post-graduate training of former GPs in this category is generally restricted to training in the alternative mode of treatment. No information whatever is available on the level of knowledge of or skill in orthodox medicine of these physicians nor of that of their colleagues with a basic medical degree or a degree in dentistry.

The committee briefly examines the situation with respect to alternative modes of treatment in other Western countries. In many cases this is comparable with that in the Netherlands. Considerable sums of money have been granted for research in this field in recent years in the United States and various European countries. The committee recommends that the Coordinating Committee for Alternative Modes of Treatment seek to promote cooperation with the various bodies and researchers active in the alternative field abroad.

The report is concluded with an answering in brief to the questions put by the State Secretary (Chapter 16) and with 23 recommendations (Chapter 17).

18 POSTSCRIPT

In its 'postscript', the committee gives some thought to the possible benefits of its activities. It expects that the research proposals contained in the annexes can act as a stimulus for more far-reaching research, both pragmatic and fundamental, which will lead to a more profound insight into the essence of 'illness' and 'disease', 'health', 'healing' and 'cure' and to a better understanding of the relations between human beings, their environment (biological, social and psychosocial), medicine and the art of healing. As a first step, the committee recommends research on the essence, significance and extent of the placebo phenomenon.

19, 20, 21 BACKGROUND INFORMATION

The annexes (which also include the reports submitted by the working groups) are preceded by a list of descriptions, a list of abbreviations and lists of references.

KEYWORDS

Acupuncture
Alternative modes of treatment
Anthroposophical medicine
Coordinating Committee
Effectiveness
Homeopathy
International cooperation
Language
Manipulative therapies
Naturopathy
Placebo phenomenon
Quality assurance
Recognition
Science
Scientific research
Yield

VERANTWOORDING

1.1 DE ADVIESAANVRAGE

Op 28 december 1982 zond de toenmalige Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad een concept-adviesaanvraag inzake alternatieve geneeswijzen. In overleg met enkele deskundigen in den lande - latere commissieleden - zijn, met voorkennis van de staatssecretaris, tekst en titel van deze concept-adviesaanvraag enigszins bijgesteld 'opdat het beter mogelijk zou worden de beantwoording te baseren op een open gedachtenwisseling met beoefenaren van de verschillende alternatieve behandelwijzen'.

De uiteindelijke adviesaanvraag is op 19 oktober 1983 aan de Gezondheidsraad verzonden. De tekst van deze adviesaanvraag luidt als volgt:

Ten vervolge op en ter vervanging van de u op 28 december 1982 gezonden brief (DG Vgz/GBO/PMBO nr. 140283) moge ik het volgende aan u voorleggen.

Behandelingsmethoden die onder de zogeheten alternatieve geneeswijzen vallen, spreken een niet onaanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking aan.

Reeds in 1977 kwam de toenmalige Regering tot de conclusie, dat de Overheid niet voorbij kon gaan aan deze maatschappelijk realiteit. De toenmalige Regering stelde daarom in 1977 de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (C.A.G.) in, die als opdracht kreeg een onderzoek in te stellen naar de betekenis van de alternatieve geneeswijzen voor de gezondheidszorg in Nederland en te adviseren over eventueel te treffen maatregelen, al of niet van wettelijke aard, met betrekking tot de toepassing ervan.

In zijn installatierede benadrukte de toenmalige staatssecretaris dat 'het niet de taak van de commissie is, de problemen te toetsen aan de stand van de wetenschap, omdat dit een taak is van de Gezondheidsraad'.

In het op 23 januari 1981 door de Commissie uitgebrachte - overigens zeer uitvoerige - advies kon de belangrijke vraag omtrent de effectiviteit van de verschillende alternatieve behandelingswijzen geen beantwoording vinden; in het advies wordt dan ook aanbevolen dat het wetenschappelijk onderzoek terzake wordt bevorderd en dat mede hiervoor gelden op de begroting van het Ministerie worden uitgetrokken.

De Regering is door het advies van de C.A.G. gesterkt in de overtuiging dat het vraagstuk van de alternatieve behandelingswijzen in Nederland haar gedegen aandacht verdient.

Zij meent, dat deze behandelingswijzen dezelfde kansen behoren te krijgen om hun effectiviteit aan te tonen als de reguliere geneeskunde. In het naar aanleiding van voornoemd advies ingenomen Regeringsstandpunt wordt dan ook de bereidheid uitgesproken om, binnen het kader van de beschikbaar te stellen gelden voor wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de volksgezondheid, gelden te reserveren voor wetenschappelijk onderzoek naar alternatieve behandelingswijzen, indien daartoe projecten van de kant van de beoefenaren worden aangedragen. Deze projecten zouden eerst dienen te worden gezien in het licht van een aan uw Raad te vragen advies omtrent de te volgen methodiek(en) voor een dergelijk wetenschappelijk onderzoek.

Het standpunt van de C.A.G., dat er voor de alternatieve behandelingswijzen - op grond van een aantal specifieke omstandigheden - andere, ('aangepaste') methodieken zouden moeten worden gebruikt, dan die welke voor de reguliere geneeskunde gelden, is in eerste instantie niet door de Regering overgenomen. Zij meent - in afwachting van uw advies - dat voor een aanvaarding door de 'scientific community' van zowel reguliere als alternatieve behandelingswijzen de doeltreffendheid en doelmatigheid aantoonbaar moeten zijn, en dat ervan moet worden uitgegaan dat de maatstaven en de procedures hierbij gehanteerd, in het algemeen dezelfde zullen zijn.

In het licht van het bovenstaande wil ik uw Raad verzoeken mij van advies te willen dienen inzake de vraag met welke onderzoeksmethodieken de effectiviteit van (de verschillende stromingen in) de alternatieve behandelingswijzen naar het oordeel van uw Raad redelijkerwijs aantoonbaar kan worden gemaakt. Dit gelet op de indicaties en doelstellingen van behandeling.

Aan te geven ware, aan welke gezamenlijke - benevens aan welke afzonderlijke - normen deze onderzoeksmethodieken voor de verschillende alternatieve stromingen zouden moeten voldoen, om bij een positief resultaat tot erkenning van de betrokken behandelingswijzen te kunnen bijdragen.

Ik zou het op prijs stellen, indien het uit te brengen advies mede zou kunnen ingaan op de vraag in hoeverre de afzonderlijke groeperingen die zich met alternatieve behandelingswijzen bezig houden, in staat zijn een zekere interne kwaliteitscontrole uit te oefenen.

Ten slotte zou ik graag vernemen, of er naar de mening

van uw Raad gronden zijn om een (mogelijk reeds bestaande) instantie te vragen zich permanent met de vraagstukken die zich in de komende jaren rondom de alternatieve behandelingswijzen zullen aandienen, bezig te houden, en zo ja, op welke wijze dit het beste zou kunnen geschieden.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
w.g. drs JP van der Reijden

In het in de adviesaanvraag genoemde Regeringsstandpunt zijn, in het laatste hoofdstuk, de aanbevelingen van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen aangehaald en van commentaar voorzien. Dit hoofdstuk is als achtergrondinformatie opgenomen als bijlage I bij dit advies.

1.2 DE COMMISSIE ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

In afwachting van de adviesaanvraag heeft de toenmalige Voorzitter van de Gezondheidsraad op 18 oktober 1983 een Commissie Alternatieve Behandelwijzen - hierna aan te duiden als 'de commissie' - ingesteld, waarin zitting namen: dr LBJ Stuyt, voorzitter

Voorzitter van de Gezondheidsraad, Den Haag (tot 1-1-1986)

prof dr EL Noach, vice-voorzitter
hoogleraar farmacologie,

Rijksuniversiteit Leiden (emeritus sedert 21-11-1986)

jhr mr PJW de Brauw, voormalig Voorzitter Centraal
Medisch Tuchtcollege, Den Haag (lid tot 28-11-1985)

prof dr FWJ Gribnau, hoogleraar klinische farmacologie,
Katholieke Universiteit Nijmegen

prof dr KF Kerrebijn, hoogleraar kindergeneeskunde,
Sophia Kinderziekenhuis (lid tot 29-11-1985) prof dr GJ
Mellenbergh, hoogleraar psychologische methodenleer,
Universiteit van Amsterdam

prof dr PE Voorhoeve, hoogleraar neurofysiologie,
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam (emeritus sedert
1-7-1991)

prof dr PA Vroon, hoogleraar theoretische psychologie/
geschiedenis van de psychologie,
Rijksuniversiteit Utrecht (lid tot 8-5-1989)
prof dr H Wesseling, hoogleraar klinische farmacologie,
Rijksuniversiteit Groningen (lid tot 1-9-1984)

Ambtelijk adviseur

dr HA van Geuns, plv. geneeskundig hoofdinspecteur van
de Volksgezondheid,
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
Rijswijk (overleden 14-11-1988)

Secretariaat

mw MC van der Wal, arts, secretaris (tot 1-9-1984)
Gezondheidsraad, Den Haag
mw WG Wolfs-Volbeda, secretaresse Gezondheidsraad (tot
1-4-1989)

Op de tussentijds vrijgekomen plaatsen werden benoemd:

mw dr E Borst-Eilers, voorzitter (sedert 7-4-1986)
Vice-Voorzitter van de Gezondheidsraad, Den Haag
dr J Roos, internist,
Rode Kruis Ziekenhuis, Den Haag (tot 22-5-1987); (lid
sedert 7-4-1986)
dr HS Verbrugh, universitair hoofddocent vakgroep fi-
losofie, ethiek en geschiedenis van de geneeskunde
Erasmus Universiteit Rotterdam (lid sedert 26-6-1984)
mr JG de Vries Robbé, advocaat Den Haag (lid sedert 7-
4-1986)

Ambtelijk adviseur

L Bienfait, arts, geneeskundig inspecteur i.a.d.,
Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid,
Rijswijk (van 25-1-1989 tot 1-12-1991; nadien lid)

Secretariaat

mw MA Goppel, secretaris (sedert 1-9-1984)

Gezondheidsraad, Den Haag

mw DAP Hogendorp-van Bladel, secretaresse Gezondheidsraad, Den Haag (sedert 1-4-1989)

De commissie is in totaal 30 maal in plenaire vergadering bijeen geweest. In augustus 1990 heeft zij in een tweedaagse bijeenkomst de basis gelegd voor het onderhavige advies.

1.3 BEGRIPSAANDUIDINGEN

In dit advies wordt, in navolging van het woordgebruik van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (GAG) (beter bekend onder de naam van haar voorzitter als 'Commissie Muntendam') de terminologie 'regulier' en 'alternatief' gebruikt (CAG81). De commissie is zich zeer wel bewust dat een volledig onderscheid tussen beide niet is te maken; slechts de uitersten zijn duidelijk. Bovendien is de commissie van mening dat de aanduiding 'complementair' of 'additief' doel en karakter van bepaalde 'alternatieve' behandelmethoden beter weergeeft. Gezien de zeer verschillende betekenissen die in verschillende kringen aan de begrippen 'holistisch' en 'integraal' worden toegekend, heeft de commissie deze epitheta niet willen gebruiken.

Ook heeft de commissie niet over 'alternatieve geneeswijzen' willen spreken; of bedoelde methoden tot 'genezing' leiden moet immers worden onderzocht. Derhalve is gekozen voor de aanduiding 'alternatieve behandelwijzen'.

Onder 'alternatieve behandelwijzen' verstaat de commissie alle behandelwijzen die in Nederland (beroepshalve) worden beoefend buiten de reguliere geneeskunde. Onder reguliere geneeskunde verstaat de commissie de geneeskunde die is gebaseerd op de huidige, voornamelijk natuurwetenschappelijk georiënteerde, westerse medische wetenschap. Het is deze reguliere geneeskunde die in Nederland aan de medische studenten

wordt onderwezen, waarin zij getraind worden tijdens de co-assistentenschappen en die zij moeten beheersen om het artsdiploma te behalen.

De reguliere medische wetenschap streeft naar de ontwikkeling van methoden voor diagnostiek en behandeling die met succes in de praktijk kunnen worden toegepast. Zij maakt hier toe gebruik van de - steeds toenemende - kennis die met behulp van wetenschappelijk onderzoek wordt vergaard (zie hoofdstuk 7 t/m 9) .

Geneeskunde omvat echter ook geneeskunst. Hieronder kan men het vermogen verstaan van de ervaren arts het beeld van een patiënt te herkennen en deze herkenning te vertalen in een zodanige houding, gedrag en handelwijze dat hij daarmee het geneesproces van de patiënt in gang zet danwei bevordert. De 'klinische blik' die de arts hiertoe nodig heeft, is geen irrationeel en mystiek gebeuren, maar een effectieve en efficiënte denkmethode die is gebaseerd op kennis en begrip, in combinatie met ervaring (Sno89). De intuïtieve* processen die bij het mobiliseren van deze kennis een rol spelen en het vermogen deze kennis in te zetten bij de behandeling van de patiënt passen niet uitsluitend in een natuurwetenschappelijk kader; een arts heeft ook het soort vaardigheden van node dat zich laat beschrijven in bewoordingen en onderzoeken met methoden uit de alpha- en gammawetenschappen (zie ook 6.2 en 7.7).

Vaardigheden op het gebied van de geneeskunst worden de medische studenten eerder non-verbaal overgebracht (zij kijken deze van hun leermeesters af; dit heeft de grootste kans van slagen indien zij de nodige affiniteit daartoe 'van

Intuïtie omschrijft de commissie, in navolging van de Groot (Gro85) en Snoek (Sno89), als volgt: 'mensen opereren 'intuïtief', als zij in bepaalde typen situaties aantoonbaar bepaalde methoden (in de ruimste zin) toepassen die, in die situaties, aantoonbaar adequaat zijn als aanpassing of probleemoplossing, terwijl zij zelf alleen in zeer vage termen - niet overdraagbaar en niet simuleerbaar - kunnen vertellen hoe deze methoden werken en hoe zij ze sturen.'

huis uit' meebrengen) dan dat zij hierin expliciet worden onderwezen (JenSl, Ste91) . Wel expliciet wordt in de reguliere medische opleiding tegenwoordig aandacht besteed aan de ethische aspecten van het medisch handelen (zie ook 7.7).

De commissie hanteert voor 'alternatieve behandelwijzen' derhalve een 'negatieve' definitie. Uiteraard gebruiken de beoefenaren van de verschillende alternatieve behandelwijzen zelf ook positieve definities om hun kunde te omschrijven. Gezien de brede scala van alternatieve behandelwijzen, die zich stuk voor stuk op andere grondslagen baseren, is het niet doenlijk een allesomvattende positieve definitie van alternatieve behandelwijzen te geven. De Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG) noemt enkele gemeenschappelijke kenmerken (AAG91) - die overigens niet exclusief tot het terrein van de alternatieve behandelwijzen behoren (zie ook CAG81):

'de patiënt wordt in een breder perspectief bekeken dan in de reguliere geneeskunde
ziekte wordt niet als een functiestoring van een orgaan of orgaansysteem, maar als een verstoord evenwicht gezien ter behandeling worden bij voorkeur andere, gezondheidsbevorderende methoden aangewend.'

De commissie voegt hier enkele volgens haar relevante aspecten aan toe:

men poogt het 'verstoorde evenwicht' te herstellen door stimulering van het 'zelfhelend vermogen' (of 'de eigen geneeskracht') van de patiënt; dit kan geschieden door middel van een gezondheidsbevorderende leefwijze (diëten), maar ook met behulp van speciale stimuli (naaldsteken, geneesmiddelen, manipulaties)

alternatieve beroepsbeoefenaren onderzoeken en behandelen over het algemeen niet alleen het fysiek-ruimtelijke, objectieve lichaam, maar benaderen naast het lichaam ook het 'lijf' (de subjectieve beleving van het lichaam) en de 'lichamelijkheid' (het geheel van lichaam en lijf): zij spreken ook de 'bewoner van het lichaam'* aan

de benadering van de alternatieve beroepsbeoefenaren

vraagt over het algemeen een actieve instelling en participatie van de patiënt.

1.4 AANPAK WERKZAAMHEDEN

1.4.1 Alternatief werkzame artsen

Ter beantwoording van de belangrijkste haar voorgelegde vraag, namelijk naar 'onderzoeksmethodieken met behulp waarvan de effectiviteit van de verschillende stromingen in de alternatieve behandelwijzen redelijkerwijs aantoonbaar kan worden gemaakt', heeft de commissie aanvankelijk de zes door de Commissie Muntendam onderscheiden alternatieve stromingen - te weten acupunctuur, anthroposofie, homoeopathie, manuele therapie, natuurgeneeswijzen en paranormale geneeswijzen - in haar beschouwingen betrokken.

Teneinde een beter inzicht te krijgen in de verschillende behandelwijzen heeft de commissie contact gezocht met vertegenwoordigers van elk van deze zes stromingen. Uit de reacties bleek dat de hiertoe in eerste instantie benaderde alternatieve artsen zich uitsluitend via hun overkoepelende organisatie - het Artsenoverleg Alternatieve Geneeswijzen (later Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeswijzen en sedert 1991 Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeskunde) AAG - met de commissie wensten te verstaan. De paranormale genezers - geen artsen en derhalve niet bij genoemd overleg aangesloten - zijn direct met de commissie in contact getreden.

Dit heeft een faseverschil in de werkzaamheden tot gevolg gehad. De Werkgroep Paranormale Behandelwijzen die voor het voeren van de besprekingen in het leven werd geroepen, is in een eerder stadium van start gegaan dan de werkgroepen die voor de overige alternatieve stromingen zijn geïnstalleerd

Zie ook 12.4.

(zie 1.4.3) en heeft tevens op een andere wijze gefunctioneerd (zie bijlage XVI).

In een later stadium van haar beraad heeft de commissie moeten besluiten haar contacten met afgevaardigden van de verschillende alternatieve richtingen te beperken tot besprekingen met artsen die alternatieve behandelwijzen toepassen. Reden voor deze beslissing was dat de inhoudelijke problemen die zich in deze contacten tussen artsen onderling voordeden al zodanig van aard en omvang waren en het zoeken naar oplossingen zo tijdrovend, dat nader overleg met vertegenwoordigers van alternatieve groeperingen van niet-artsen tot onverantwoord verder uitstel van de advisering zou leiden. Dit betekent overigens niet dat niet bij verschillende gelegenheden (congressen, symposia, nascholingscursussen) bijzonder nuttige informele contacten zijn gelegd met vele alternatieve beroepsbeoefenaren van zeer verschillende achtergrond.

1.4.2 Contacten AAG

Begin 1985 is een oriënterend, informeel gesprek belegd tussen een delegatie uit de commissie en een delegatie uit de AAG. In dit overleg is overeengekomen dat - gezien de wezenlijke verschillen in de ideeën van alternatieve artsen uit de verschillende stromingen inzake ziekte en gezondheid en, daaruit voortvloeiend, in de benadering en behandelwijze van hun patiënten en de beoordeling van het behandelresultaat - de aan de commissie voorgelegde vragen het beste zouden kunnen worden behandeld door aparte werkgroepen, bestaande uit afgevaardigden van de commissie en deskundigen uit de respectievelijke alternatieve artsenverenigingen. Teneinde de discussies in deze werkgroepen enigszins te stroomlijnen, werd afgesproken uit te gaan van een in gezamenlijk overleg tussen AAG en commissie op te stellen notitie betreffende uitgangspunten voor het onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen. De bespreking van deze notitie vormde het onderwerp van gesprek tijdens een tweede bijeenkomst van beide delegaties. De toen overeengekomen tekst is opgenomen als bijlage II bij dit advies.

Afgesproken werd dat de commissie te zijner tijd, alvorens haar advies aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad aan te bieden, de AAG in de gelegenheid zou stellen - zij het niet bindend - commentaar te leveren. Deze afspraak kon eerst in het najaar van 1992 worden nagekomen.

1.4.3 Werkgroepen

In het najaar van 1985 is het overleg in de Werkgroepen Acupunctuur, Anthroposofie, Homoeopathie, Manuele Therapie en Natuurgeneeswijzen van start gegaan. Opdracht aan deze werkgroepen was het opstellen van een prae-advies aan de commissie betreffende de wijze waarop een onderzoek als gevraagd in de praktijk zou kunnen worden uitgevoerd. Gemeenschappelijk uitgangspunt was de in 1.4.2 genoemde, in gezamenlijk overleg door AAG en Gezondheidsraad opgestelde notitie. Tevens werd afgesproken dat de alternatieve artsen onderwille van een onderzoek naar de effectiviteit van hun methode hun geweten noch hun behandelmethode geweld zouden behoeven aan te doen.

De Werkgroep Paranormale Behandelwijzen is reeds in 1984 met haar besprekingen gestart; gezien het eerder vermelde besluit van de commissie zich te beperken tot overleg met artsen die alternatieve behandelwijzen beoefenen, heeft de Werkgroep Paranormale Behandelwijzen eind 1984 haar activiteiten gestaakt. De overige werkgroepen zijn, zij het in zeer verschillende mate, actief geweest tot begin 1993. De respectievelijke rapportages zijn integraal opgenomen als bijlagen bij dit advies.

Een van de gevolgen van de lange duur van het adviesproces is geweest dat een aantal van de door de werkgroepen voorgestelde projecten van start is gegaan en in bepaalde gevallen afgerond voordat het advies van de commissie gereed was. De commissie heeft bij haar advisering gebruik kunnen maken van de hierbij opgedane ervaringen.

De samenstelling van de werkgroepen was als volgt:

- 1 Werkgroep Acuouunctuur
Namens de commissie:
prof dr PE Voorhoeve, voorzitter
prof dr FWJ Gribnau
prof dr KF Kerrebijn (tot 29-11-1985)
prof dr GJ Mellenbergh (sedert 7-4-1986)
prof dr PA Vroon (tot 1-4-1987)
Deskundige uit de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vere-
niging (NAAV):
L Alyon, arts
Deskundige uit de Nederlands-Belgische Stichting voor
Auriculo-Medicinae:
dr D de Haas, tandarts
Deskundigen op het gebied van de klassieke acupunctuur:
JH Engelbart, anesthesioloog
GV Kloppenburg, anesthesioloog De Werkgroep
Acupunctuur heeft in totaal 8 maal vergaderd.

- 2 Werkgroep Anthroposofie Namens de
commissie: dr HS Verbrugh, voorzitter
dr HA van Geuns (overleden 14-11-1988)
prof dr EL Noach
Deskundigen uit de Nederlandse Vereniging van Anthro-
posofische Artsen (NVAA): EP Schoorel, kinderarts BC
Witsenburg, arts
Deskundigen van het Louis Bolk Instituut:
drs PJ Goedings (tot 1-8-1986) mw MAS
Huber, arts (vanaf 1-9-1986) Statisticus-
methodolooa: dr LKJ van Romunde (sedert 7-
4-1986)

De Werkgroep Anthroposofie heeft in totaal 14 maal vergaderd.

- 3 Werkgroep Homoeopathie
Namens de commissie:
prof dr EL Noach, voorzitter
dr HS Verbrugh
prof dr PE Voorhoeve
Deskundigen uit de Vereniging van Homoeopatische Art-
sen in Nederland (VHANĪ):
FJM Debats, arts
HPJA Maas, arts
Statisticus:
dr Th Stijnen (sedert 7-4-1986) De Werkgroep
Homoeopathie heeft in totaal 5 maal vergaderd.

- 4 Werkgroep Manuele Therapie
Namens de commissie
prof dr PA Vroon, voorzitter (tot 1-4-1987)
dr HS Verbrugh, voorzitter (sedert 1-4-1987)
dr HA van Geuns (overleden 14-11-1988)
prof dr GJ Mellenbergh
Deskundigen uit de Nederlandse Vereniging van Artsen
voor Manuele Geneeskunde (NVAMG):
dr R Gaymans jr, arts
dr ED Keizer, arts De Werkgroep Manuele Therapie heeft
in totaal 6 maal vergaderd.

Werkgroep Natuurgeneeswiizen
Namens de commissie:
dr LBJ Stuyt, voorzitter (tot 1-1-1986)
prof dr EL Noach, voorzitter (sedert 1-1-1986)
dr J Roos (sedert 7-4-1986)
dr HA van Geuns (overleden 14-11-1988)
Deskundigen uit de Artsenvereniging tot Bevordering
van de Natuurgeneeswiize (ABNG):
CL Dam, arts

JC van Montfort, arts

Statisticus:

dr Th Stijnen (sedert 7-4-1986)

De Werkgroep Natuurgeneeswijzen heeft in totaal 3 maal vergaderd.

6 Werkgroep Paranormale Behandelwijzen

Namens de commissie:

prof dr PA Vroon, voorzitter

jhr mr PJW de Brauw

Deskundige op paranormaal gebied:

dr JTM Attevelt, psycholoog De Werkgroep Paranormale Behandelwijzen heeft 1 maal vergaderd.

Het secretariaat van de werkgroepen werd gevoerd door mw MA Goppel, secretaris; mw WG Wolfs-Volbeda, secretaresse (tot 1-4-1989) en mw DAP Hogendorp-van Bladel, secretaresse (sedert 1-4-1989).

Opgemerkt zij dat de voorzitters van de werkgroepen neutraal hebben gefungeerd als vergadervoorzitter en gespreksleider. Zij kunnen niet worden beschouwd als protagonisten van de desbetreffende richting.

1.4.4 Formele contacten

Bij schrijven dd 7 april 1983 heeft de toenmalige Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, overeenkomstig het Regeringsstandpunt naar aanleiding van het Rapport van de Commissie Muntendam, de Voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid verzocht een Commissie Alternatieve Geneeswijzen in te stellen (zie bijlage III). Na aanvankelijke informele contacten tussen de Gezondheidsraadcommissie en de Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, heeft de secretaris van de Gezondheidsraadcommissie op verzoek van de Nationale

Raad voor de Volksgezondheid sedert augustus 1986 als advise-
rend lid zitting gehad in de commissie van de Nationale Raad
voor de Volksgezondheid. Deze commissie is, nadat zij in sep-
tember 1990 haar advies had uitgebracht (NRV90), in oktober
1991 gedechargeerd.

Aan de Rijksuniversiteit te Utrecht is in oktober 1983
door de Vakgroep Moleculaire Celbiologie van de subfaculteit
biologie het Transferpunt voor Geïntegreerde Geneeskunde opge-
richt, met als doel het wetenschappelijk onderzoek ten behoeve
van de 'geïntegreerde geneeskunde' op alle vlakken te begelei-
den. Met geïntegreerde geneeskunde werd bedoeld 'een op weten-
schappelijke gronden gebaseerde integratie van reguliere be-
handelwijzen en alternatief genoemde therapieën'. Een delega-
tie uit de commissie heeft in september 1984 een oriënterend
bezoek gebracht aan dit Transferpunt. De commissie heeft hierin
geen aanleiding gevonden de contacten formeel te continueren;
wel zijn in voorkomende gevallen gesprekken gevoerd met leden
van het Transferpunt. Het Transferpunt is inmiddels opgegaan
in de aan de Rijksuniversiteit Utrecht opgerichte Research
Unit for Complementary Medicine (zie ook 14.5.3 en 14.5.4)

In mei 1986 is door de Voorzitter en de Vice-Voorzit-
ter van de Gezondheidsraad (tevens Voorzitter van de Commissie
Alternatieve Behandelmwijzen) en de vice-voorzitter en secreta-
ris van deze commissie ten departemente overleg gevoerd met de
Staatssecretaris van WVC en een aantal van diens ambtenaren
inzake het tot die tijd ten aanzien van de alternatieve ge-
neeswijzen gevoerde - en in de toekomst te voeren - beleid,
zulks in verband met de rol van de Gezondheidsraadcommissie en
van het door deze commissie uit te brengen advies.

Desgevraagd heeft de commissie een bijdrage geleverd
aan de door de toenmalige staatssecretaris aan de Tweede Kamer
gezonden Voortgangsrapportage Alternatieve Geneeswijzen 1986
(zie hoofdstuk 3).

In september 1987 heeft de Staatssecretaris van WVC aan onderzoekers van de Vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg een subsidie toegezegd voor het schrijven van een serie overzichtsartikelen over de effectiviteit van een aantal alternatieve therapieën. De subsidie is gecontinueerd tot januari 1993. Op verzoek van het ministerie heeft de secretaris van de commissie zitting genomen in de begeleidingscommissie bij dit project. Zij heeft inzake de keuze der onderwerpen en de wijze van rapporteren ruggespraak gehouden met de commissie. Het door de Limburgse groep uitgevoerde literatuuronderzoek heeft inmiddels een groot aantal publicaties (referenties: zie RuLi88 t/m 91) en een proefschrift (Kle91) opgeleverd.

In augustus 1990 hebben voorzitter, vice-voorzitter en secretaris van de commissie een onderhoud gehad met de Voorzitter en de Secretaris-Generaal van het Hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Van de zijde van de Gezondheidsraad is toegezegd dit Hoofdbestuur zo spoedig mogelijk inzage te verschaffen in de resultaten van de beraadslagingen van de commissie, opdat hiervan gebruik kan worden gemaakt bij het adviseren van de leden van de KNMG inzake onderzoek op alternatief gebied.

De secretaris van de commissie is op verzoek van het Ministerie van WVC in het najaar van 1990 door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg (NIVEL) benaderd om zitting te nemen in de begeleidingscommissie bij een in opdracht van dit Ministerie uit te voeren haalbaarheidsonderzoek substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen. In dit onderzoek moest worden nagegaan of de vraag of het gebruik van alternatieve behandelwijzen een substituerend effect heeft op (het gebruik van) reguliere gezondheidszorgvoorzieningen met behulp van wetenschappelijk onderzoek beantwoord kan worden. Op dit verzoek is positief gereageerd. De concept-versie van het advies inzake een mogelijke aanpak van

dit haalbaarheidsonderzoek is besproken in juni 1991. Het advies is in het najaar van 1991 uitgebracht (Vis91).

1.4.5 Contacten departementale Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen (KAG)

Zoals vermeld in de adviesaanvraag, heeft de Regering naar aanleiding van het Rapport Muntendam de bereidheid uitgesproken gelden te reserveren voor wetenschappelijk onderzoek naar alternatieve behandelwijzen, indien daartoe projecten van de kant van de beoefenaren zouden worden aangedragen (Regeringsstandpunt, TK82). Zoals eveneens aangeduid in de adviesaanvraag was het de bedoeling dergelijke projecten eerst te bezien in het licht van het aan de Gezondheidsraad te vragen advies omtrent de te volgen methodiek(en) voor dergelijk wetenschappelijk onderzoek.

In afwachting van het gereedkomen van het onderhavige advies heeft de Voorzitter van de Gezondheidsraad aan de Staatssecretaris van WVC aangeboden dat de commissie zich in voorkomende gevallen over subsidie-aanvragen op dit gebied zou buigen en de desbetreffende projecten, waar nodig en mogelijk, zodanig zou bijstellen dat deze praktisch uitvoerbaar en te evalueren zouden zijn.

In de eerste jaren na het gereedkomen van het advies van de Commissie Muntendam werden de contacten met het alternatieve veld in voorkomende gevallen behartigd door de betrokken directies van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne - later het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Na het uitbrengen van de Voortgangsrapportage Alternatieve Geneeswijzen aan de Tweede Kamer in 1986 is, als voortvloeisel uit de brede werkgroep die deze voortgangsrapportage had voorbereid, ten departemente een Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen (KAG) gevormd als dwarsverband tussen die directies die op enigerlei wijze bemoeienis hadden met alternatieve behandelwijzen. Sindsdien heeft de KAG gefunctioneerd als gespreksforum, klankbord en coördinator voor het beleid dat vanuit de verschillende directies ten aanzien van de alternatieve behandelwijzen werd gevoerd. Daarnaast vormde de

KAG het departementale contactadres voor het alternatieve veld.

Tot haar opheffing (september 1990*) had de KAG tevens een belangrijke stem in de besteding van het budget voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van alternatieve behandelwijzen. Dit hield onder meer in dat de kerngroep de in deze jaren binnengekomen onderzoeksvoorstellen aan een eerste beschouwing heeft onderworpen, toezag op een evenredige verdeling van de beschikbare gelden over de verschillende alternatieve stromingen en andere initiatieven uit het alternatieve veld op hun mérites beoordeelde.

Ingevolge eerdergenoemde toezegging van de Voorzitter van de Gezondheidsraad heeft de commissie inzake de beoordeling van onderzoeksvoorstellen regelmatig contact onderhouden met de KAG. In een aantal gevallen zijn onderzoeksprojecten in commissie- of werkgroepvergaderingen besproken met de onderzoekers en een of meer leden van de KAG. Daar de commissie ten tijde van de opheffing van de KAG begon aan de afronding van haar advies en er per 1-1-1992 geen budget voor onderzoek naar de effectiviteit van de alternatieve behandelwijzen meer beschikbaar werd gesteld, zijn de contacten met de departementale ambtenaren inzake onderzoeksprojecten op alternatief gebied na september 1990 minimaal geweest.

1.4.6 Contacten met het veld

De in de vorige paragraaf bedoelde toezegging van de Voorzitter van de Gezondheidsraad aan de Staatssecretaris van WVC inzake de beoordeling van bij dit departement ingediende subsidieaanvragen voor onderzoek op alternatief gebied heeft tot gevolg gehad dat de commissie, naast haar directe opdracht, vrij veel tijd en aandacht heeft moeten besteden aan een aantal uiteenlopende projecten. Dit werd voornamelijk veroorzaakt door het gebrek aan ervaring op onderzoeksgebied dat telkenmale uit de voorgelegde stukken bleek en dat voortvloeit

Na deze datum is dit budget - dat in de jaren 1986 t/m 1990 f 1 miljoen per jaar bedroeg en in 1991 nog f 0,5 miljoen - overgebracht naar de Directie Ziekenhuiszorg en Topzorg (ZZT).

uit het ontbreken van enigerlei onderzoekstraditie binnen de verschillende alternatieve groeperingen. Het was geen uitzondering dat de onderzoekers er niet in slaagden zelfs maar het doel van het beoogde project duidelijk te maken.

Deze problematiek is overigens door de toenmalige staatssecretaris al naar voren gebracht in zijn schrijven over (onder andere) de normen/criteria bij de beoordeling van subsidieverzoeken inzake onderzoek met betrekking tot alternatieve geneeswijzen aan de Voorzitter van de Tweede Kamer in juni 1985 (TK85). Zijn opmerkingen over deze beoordelingscriteria besloot de staatssecretaris met de woorden:

'Ik ben van mening dat de indieners van onderzoeksvoorstellen inzake alternatieve geneeswijzen een eerlijke kans behoren te krijgen en dat zij, wanneer dat nodig is, met meer geduld tegemoet moeten worden getreden dan indieners van onderzoeksvoorstellen op andere gebieden.'

De commissie heeft dit geduld in ruime mate opgebracht. Beoordeeld werden ruim 20 onderzoeksvoorstellen op verschillende gebieden; hieromtrent wordt gerapporteerd in de bijlagen bij de werkgroep rapportages.

Centrum Geïntegreerde Geneeskunde (CGG) te Winterswijk Naast bovengenoemde specifieke onderzoeksprojecten heeft de commissie zich intensief met enkele initiatieven van meer algemene aard bezig gehouden. Het belangrijkste daarvan was ongetwijfeld het project 'Winterswijk'. In de periode mei 1987 tot mei 1988 heeft op verzoek van de directeur van de Stichting Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde (CGG) te Winterswijk een viertal besprekingen plaatsgevonden over de plannen van deze Stichting, een initiatief dat in 1983-1984 was ontstaan uit de reorganisatie van de gezondheidszorg in Oostelijk Gelderland (fusie, nieuwbouw, behoefte aan betere samenwerking tussen reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren). Beoogd werd het tot stand brengen van een samenwerkingsnetwerk tussen alternatieve en reguliere artsen in de regio teneinde door beter inzicht in elkaars werkwijze een meerwaarde aan de zorg te kunnen toevoegen.

De besprekingen werden gevoerd door een delegatie uit

de commissie. Aan de tweede en derde bespreking werd tevens deelgenomen door een afgevaardigde van het Ministerie van WVC. In de tweede vergadering werd overleg gepleegd met de Voorzitter en Algemeen Secretaris van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO, zie 14.5.3, categorie 5). De vierde bespreking werd gevoerd met de voltallige commissie.

Inhoudelijk waren deze besprekingen aanvankelijk gewijd aan de doelstellingen, de organisatiestructuur en de contacten van het CGG. Later is uitvoerig ingegaan op het concept-(medisch) programma (inclusief de opvang en begeleiding van de patiënten), de voorlichting aan regionale huisartsen en specialisten en het geplande wetenschappelijke onderzoeksprogramma (CGG88).

Deze besprekingen hebben geleid tot een bijstelling van de oorspronkelijke planopzet van het CGG. De Vice-Voorzitter van de Gezondheidsraad heeft in de bijgestelde opzet aanleiding gezien een schriftelijke adhaesiebetuiging te doen uitgaan naar de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, waarin tevens werd gewezen op de noodzaak van evaluatie van de geplande activiteiten en op het belang van een wetenschappelijk adviescollege (zie bijlage IV).

Het CGG is sedert 1 september 1990 gedurende twee werkdagen en een avond per week voor patiënten toegankelijk. Het secretariaat is alle werkdagen bereikbaar (zie CGG, Brochure Samenwerkingsproject van reguliere en alternatieve artsen, bijlage IV). Sedert oktober 1991 geeft de Stichting een Nieuwsbrief uit waarmee huisartsen in Oost-Gelderland en Twente, instellingen en diverse instanties in de regio - in principe viermaal per jaar - op de hoogte worden gehouden van het reilen en zeilen binnen het Winterswijkse centrum.

Uit het te zijner tijd uit te brengen evaluatierapport - voor opstelling waarvan in mei 1992 door het Ministerie van WVC subsidie werd verleend aan de Faculteit der Bestuurskunde van de Technische Universiteit Twente - zal moeten blijken in hoeverre de nagestreefde integratie is gerealiseerd.

Gaubius Instituut

Op verzoek van de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen van het Ministerie van WVC heeft de commissie zich verdiept in verschillende versies van een subsidie-aanvraag voor een onderzoek naar de klinische en biochemische effecten van een chelatiebehandeling bij patiënten met claudicatio intermittens, ingediend door het Gaubius Instituut TNO te Leiden. Dit instituut was in het midden van de jaren tachtig benaderd door WVC met een verzoek onderzoek naar deze therapie te verrichten. In eerste instantie is toen een in vitro celfysiologisch onderzoek uitgevoerd naar de effecten van EDTA, zoals toegepast bij de zogenaamde chelatietherapie, op een aantal belangrijke cellulaire functies van de menselijke vaatwand. Hieruit kwam naar voren dat van de veranderingen die in het bloedplasma optreden bij chelatiebehandeling geen effecten op in vitro gekweekte menselijke vaatwandcellen konden worden geconstateerd (Hin89). Het aan de commissie voorgelegde project was het vervolg op dit in vitro onderzoek.

Mede naar aanleiding van het commentaar van de commissie is het onderzoeksvoorstel bijgewerkt en beperkt tot een zuiver Nederlandse aangelegenheid (aanvankelijk was samenwerking voorgesteld met een onderzoeksinstituut in de VS alwaar echter een chelatiemengsel van afwijkende samenstelling werd gebruikt).

Door WVC is subsidie verleend voor het in april 1990 ingediende voorstel voor een longitudinaal biochemisch en fysiologisch onderzoek van 30 personen met claudicatio intermittens die een chelatiebehandeling ondergaan. De vraagstelling van het onderzoek luidt: 'Zijn er patiënten met claudicatio intermittens bij wie chelatiebehandeling een gunstig dan wel een ongunstig effect heeft? Zo ja, waardoor zijn deze twee groepen patiënten gekenmerkt?' Als beleidsrelevantie werd 'het vaststellen van de effectiviteit of schadelijkheid van een veelvuldig toegepaste behandelingsmethode' aangegeven. Het onderzoek is in mei 1991 van start gegaan. Daar eind 1991 bleek dat onvoldoende patiënten waren aangemeld, is besloten

de intakeperiode met een half jaar te verlengen. In augustus 1992 konden de onderzoekers aan de subsidiegever mededelen dat was gebleken dat een enkel EDTA-infuus niet alleen meetbare effecten heeft op de uitscheiding van mineralen, maar ook op fibrinolytische parameters. Volgens de onderzoekers zou dit de mogelijkheid openen een verband te vinden tussen deze veranderingen en de klinische (objectieve en subjectieve) verbetering van de ziekteverschijnselen en klachten. Voortzetting van het lopende onderzoek werd daartoe noodzakelijk geacht. Hiertoe is in oktober 1992 een aanvullende subsidie verleend.

Jan van Breemen Instituut

Op verzoek van de directie van het Jan van Breemen Instituut, Centrum voor reumatologie en revalidatie te Amsterdam, hebben de voorzitter en de secretaris van de commissie eind 1988 een bezoek aan dit instituut gebracht. Reden van het verzoek was de ervaring van een aantal aan het centrum verbonden artsen dat hun patiënten, naast de reguliere behandeling die zij krijgen in het instituut, op eigen initiatief hulp zoeken in het alternatieve circuit. Om een beter inzicht te verkrijgen in frequentie en resultaat van deze behandelingen, werd overwogen bepaalde alternatieve behandelwijzen in een georganiseerde opzet binnen het van Breemen Instituut toe te passen. Tijdens genoemd bezoek is over deze plannen van gedachten gewisseld. In principe is de medewerking van de commissie toegezegd.

Uit latere contacten is evenwel gebleken dat niet de gehele medische staf van het van Breemen Instituut overtuigd was van het belang van alternatieve behandelwijzen bij de behandeling van reuma en daarmee van enigerlei onderzoek op dit gebied, waardoor het draagvlak voor een onderzoeksproject op dit gebied in het instituut te klein werd.

ADVISERING BETREFFENDE HET REGULIER EN ALTERNATIEF GE-
NEESKUNDIG HANDELEN SEDERT 1865

2.1 INLEIDING

Alvorens over te gaan tot de beantwoording van de haar voorgelegde vragen, heeft de commissie zich verdiept in de positie van de alternatieve behandelwijzen en de opstelling van de overheid ten aanzien van deze methoden sedert het tot stand komen van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst in 1865.

Uit het in dit hoofdstuk gegeven overzicht komt naar voren dat de alternatieve behandelwijzen altijd aanhangers hebben gevonden, dat zowel overheid als geraadpleegde medici altijd hebben gepoogd ten minste de kwakzalverij te bestrijden, maar ook dat altijd is geconstateerd dat de patiënt een zekere ruimte moet worden gelaten dat soort hulp te zoeken waar hij vertrouwen in heeft. Wel is door de vele commissies die de overheid in de loop der jaren over deze problematiek hebben geadviseerd immer het belang benadrukt van voldoende medische basiskennis van elkeen die zich met de behandeling van patiënten inlaat. Sedert 1913 is door deze commissies bovendien met zekere regelmaat aangedrongen op kritisch wetenschappelijk onderzoek op alternatief gebied.

Duidelijk blijkt dat de overheid vanaf het moment van invoering van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst tevens grote behoefte heeft gevoeld aan doeltreffende kwaliteitswaarborgen voor het alternatieve geneeskundig handelen.

2.2 HISTORISCH OVERZICHT

In 1849 werd de Nederlandse beroepsorganisatie van

artsen, de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (sedert 1949: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, KNMG), opgericht.

In het Staatsblad van 1 juni 1865 werd de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst gepubliceerd (de 'Wet van Thorbecke¹'). Deze wet was (mede) gericht op het bestrijden van de kwakzalverij die in grote delen van het land de enige bereikbare vorm van 'gezondheidszorg' was*.

Reeds spoedig bleek dat dit doel niet werd bereikt; de kwakzalverij bleef - zoals reeds voorspeld tijdens de twintig jaar durende voorbereiding van deze wet - welig tieren.

De Centrale Gezondheidsraad adviseerde in 1906 maatregelen te nemen ter beteugeling van de kwakzalverij: op toegestane geneesmiddelen dienden invoerrechten geheven te worden; de verkoop zou aan een vergunningsrecht gekoppeld moeten worden en het diende te worden verboden in het openbaar geneesmiddelen te verkopen en aan te prijzen als daarbij de namen genoemd werden van de ziekten en kwalen waarvoor de middelen geschikt zijn. Een absoluut verbod achtte de Centrale Gezondheidsraad niet mogelijk (CGR06).

In 1913 echter dienden een aantal vooraanstaande Nederlanders (Van Houten, oud-minister, Van Hamel, oud-hoogleraar en lid van de Tweede Kamer en Van Holthe tot Echten, raadsheer in een Gerechtshof) een request bij de Koningin waarin werd gevraagd om een ruimere vrijheid van bevoegdheid tot behandelen (CGR13). Hiertoe werd een ontwerp voor een wettelijke regeling voorgesteld. De daarbij aangevoerde argumenten klinken ook nu, bijna een eeuw na dato, nog opvallend actueel:

'Het is in theorie onjuist:

1 te meenen, dat de speciale beroepskennis van den medicus afdoende en uitsluitend in de behoefte aan middelen en methoden van genezing voorziet;

Toelichting op artikel 3 Stb 60, 1865: 'Beperking, kan het zijn vernietiging der kwakzalverij'.

- 2 te beletten dat de burger aan zijn ernstig en weloverwogen verlangen om genezing te zoeken op de wijze die hij wenscht en waarin hij vertrouwen heeft, kan voldoen;
- 3 te meenen, dat ter bescherming van de burgerij tegen bedrog, en van de openbare gezondheid tegen knoeierij, - handhaving van het artsenmonopolie het aangewezen middel is.

En het is in de practiek onjuist:

- 4 te meenen, dat er geene gevallen zijn, waarin de beroepskennis van den arts niet, doch andere middelen en methoden wel genezing kunnen brengen;
- 5 te meenen, dat medische wetenschap en vakkennis veel zijdig genoeg zijn, om binnen haar gebied ook de toepassing van alle andere geneeswijzen die nuttig kunnen zijn, te omvatten;
- 6 te meenen, dat ieder 'onbevoegde uitoefening van de geneeskunst', boerenbedrog, kwakzalverij en onbehoorlijk is, en daartegen met straffen is in te grijpen.

Wat theoretisch en practisch daarentegen van overheidswege noodig is, is dit:

- 1 de menschheid vrij te laten behandeling te zoeken daar, waar zij zulks wenscht en leniging of genezing van kwalen meent te zullen vinden;
- 2 te waken tegen misleiding, misbruik van vertrouwen, aannemen van valsche titels, speculatie op de onwetendheid van het publiek;
- 3 strafvervolgung van onverantwoordelijke 'kunstfouten' en benadeeling van lijf of gezondheid van anderen, door onbekwaamheid en onvoorzichtigheid, - in beginsel gelijkelijk voor artsen en niet-artsen;
- 4 zorg voor behoorlijke deskundige opleiding en examinering voor bepaalde beroepen (arts, tandarts, vroedvrouw e.a.).'

In de toelichting bij dit request werd onder meer gesteld:

'Ieder objectief oordelend arts zal erkennen, dat het inzicht zijner wetenschap in de ziekteoorzaken, voor een goed deel onvolledig is, met veel onbegrijpelijks en verscheidene hypothesen; dat bij het stellen van de diagnose, zoowel als bij het toepassen van middelen en behandelingen, 'raden', 'intuïtie', 'een gelukkige greep' en 'vertrouwen van den patiënt', een gewichtige rol spelen, - en dat de persoonlijke geschiktheid om genezing te brengen, voor een goed deel niet uit zijn kennis, doch uit de eigenaardigheid van zijn persoonlijkheid, en uit bijzondere niet van studie afhankelijke vaardigheid voortvloeit.'

En verderop:

'Het is van algemeene bekendheid, dat ondanks de onherroepelijk verbiedende wetgeving en ondanks de practijk van vervolgingen tegen 'onbevoegden', zeer velen met volkomen bewustheid hun toevlucht nemen tot niet-artsen, en niet officieel-wetenschappelijke methoden. Ook, - men moge het dan wetenschappelijk kunnen verklaren of niet, - bijwijlen met een succes, dat de officieele wetenschap niet heeft kunnen bereiken.'

Bij dit request heeft een buitengewoon lid van de Centrale Gezondheidsraad, de arts JT Wouters, enkele kritische opmerkingen geplaatst (CGR13a). Hij waarschuwde voor 'schromelijke vergissingen' die onbevoegden zouden kunnen begaan en bepleitte 'ieder persoon die zich op genezen wil toeleggen te dwingen' zich 'de bijzondere kennis die zijn vergissingen tot een minimum beperkt' eigen te maken. Wouters wees er op dat de regering

'den plicht heeft den groei van dat onkruid in den wijngaard van Aesculapius niet alleen te beperken - wat met politiematregelen ondoenlijk zal blijken - maar veeleer te voorkomen'.

Waaraan hij toevoegde:

'Maar ook ander onkruid is daar te wieden: dat wat welig op kan schieten in de broeikasatmosfeer van het artsenmonopolie en ook daarvoor mag een zorgzame regeering de oogen niet sluiten'.

Ten slotte adviseerde Wouters de leden en buitengewone leden van de Raad de regering aan te raden artsen en hoogleraren op te wekken

'bijzondere geneesmethoden ernstige aandacht waardig te keuren en hunne bevindingen daaromtrent openbaar te maken'.

Het advies dat een medisch-deskundige commissie van de Centrale Gezondheidsraad vervolgens eind 1916 uitbracht, steunde in grote lijnen bovengenoemd request (CGR17). Geadviseerd werd echter wel

'dat worde omgezien naar middelen, die, nu de zogenaamde kwakzalverij zelve niet kon worden belet, de schadelijke gevolgen daarvan behoorlijk kunnen bestrijden.'

Daartoe werd de desbetreffende Excellentie in overweging gegeven

'naar de mogelijkheid, om een afgerond geheel van doeltreffende bepalingen te maken, een nader onderzoek te doen instellen'.

De Raad stelde verder

'Mocht dit onderzoek het verwachte gevolg hebben, dan zou, bij invoering der nieuwe regeling, tegen opheffing van de bestaande - waardoor tevens aan het verzoek van adressanten, om vrijheid van geneeskunstoefening ook voor hen, die niet de wettelijke examens hebben afgelegd, zou worden voldaan - naar 's Raads meening, met het oog op de belangen van de volksgezondheid geen enkel bezwaar behoeven te bestaan en derhalve in gunstige overweging genomen kunnen worden.'

Overeenkomstig het advies van de Centrale Gezondheidsraad werd in 1917 een staatscommissie benoemd aan welke werd opgedragen

'een onderzoek in te stellen naar de doeltreffendheid van de door niet wettelijk toegelaten beoefenaren van de geneeskunst, toegepaste geneeswijze en naar de door dezen verkregen resultaten'.

Deze commissie, de Commissie Pekelharing, heeft haar taak letterlijk opgevat (Stal9):

'Als grondslag werd aangenomen, dat bij het beoordelen van de doeltreffendheid van de geneeswijzen van onbevoegden alleen rekening zou worden gehouden met gevallen, waarin de patiënten eerst door één of meer leden der commissie zouden worden onderzocht, dat dezen daarna onder toezicht van de commissie zouden worden behandeld, om ten slotte weer door de commissie te worden onderzocht.'

Onder 'onbevoegden' verstond de commissie: 'een ieder die zich als zoodanig bij de commissie aanmeldde'.

Na rapportage over een honderdtal onderzochte patiënten concludeerde de commissie:

'De uitkomsten waartoe de commissie bij haar onderzoek is gekomen, kunnen dus geenszins steun geven aan hen, die meenen, dat uitoefening der geneeskunst zonder wetenschappelijke voorbereiding in het belang der menschheid mag worden aangeraden'.

Hieraan werd toegevoegd:

'Wel kan niet worden ontkend, dat de suggestieve invloed die van sommige onbevoegde 'genezers', vooral van de magnetiseurs en waarschijnlijk ook van de beoefenaren der Christian science uitgaat, op zieken heilzaam kan werken. Voorts zijn er onder hen, die, als masseurs, een groote vaardigheid hebben verkregen. Ook is het wel mogelijk, dat de kennis van den juisten

aard van een zalf, of van een mengsel van kruiden, waarvan de samenstelling geheim wordt gehouden, voor de behandeling van bepaalde, wel omschreven aandoeningen van waarde zou zijn'.

En:

'De beweging in deze richting in de laatste jaren opgewekt, die aanleiding heeft gegeven, tot het advies van den Centralen Gezondheidsraad en dientengevolge met de benoeming onzer commissie, maakt het ons tot plicht op grond van de bij ons onderzoek verkregen resultaten op groote gevaren te wijzen, die uit het toegeven aan de eischen der onbevoegden en van hun medestanders zoowel voor zieken afzonderlijk als voor de gemeenschap zouden voortvloeien'.

Het eindoordeel van de staatscommissie luidde:

'Eenstemmig is de commissie van oordeel, dat al de onbevoegden, die door haar zijn onderzocht, ook al wordt aan hun goede trouw en aan de zuiverheid van hun bedoelingen niet getwijfeld, indien zij op eigen gezag zieken behandelen, gevaarlijk kunnen zijn voor hun patiënten en, met betrekking tot besmettelijke ziekten, gevaarlijk zijn voor de maatschappij. Zij weten niet wat zij doen en zijn, door hun gebrek aan kennis, niet in staat te beoordelen of zij niet den juisten tijd voor een doelmatige behandeling laten voorbijgaan'.

De commissie concludeerde vervolgens dat de door de Centrale Gezondheidsraad geopperde mogelijkheid

'een scheiding te maken tusschen onbetrouwbare kwakzalvers, die geweerd moeten worden en personen, die, hoewel wettelijk onbevoegd, tot op zekere hoogte tot de uitoefening der geneeskunst zouden zijn toe te laten'

onuitvoerbaar was. Het advies besluit met de mening van de commissie

'dat, in het belang der zieken en in dat van de maatschappij, moet worden vastgehouden aan de bepaling, dat alleen dengenen het recht wordt gegeven, zelfstandig geneeskunst uit te oefenen, die, na een behoorlijke, wetenschappelijke en praktische voorbereiding, voldoende bewijzen van bekwaamheid als geneeskundige hebben afgelegd'.

Dit was voorlopig het laatste officiële woord in deze kwestie. Wettelijk veranderde er niets - in de praktijk evenmin, zij het dat de belangstelling voor het vraagstuk van de onbevoegde uitoefening der geneeskunst zich geleidelijk toespitste op hetgeen in de praktijk werd aangeduid met de term 'paranormale geneeskunst'.

In 1950 werd het probleem wederom voorgelegd aan de Gezondheidsraad (het voorvoegsel 'Centrale' verviel bij wijziging van de Gezondheidswet in 1919), die in 1952 onder andere adviseerde

'een strafbepaling in het leven te roepen tegen onbevoegden, die, zieken in behandeling nemende, hun gezondheid in gevaar zouden brengen, ook al zouden zij door gebrek aan kennis dit gevaar niet hebben ingezien.'

Daar tegen dit advies van juridische zijde bezwaren werden ingebracht, vroegen de toenmalige Ministers van Justitie en van Sociale Zaken en Volksgezondheid zich af of niet door het instellen van een kritisch-wetenschappelijk onderzoek een oplossing voor het probleem zou kunnen worden gevonden. Hiertoe werd de Gezondheidsorganisatie TNO ingeschakeld, die concludeerde dat een kritisch-wetenschappelijk onderzoek als bedoeld - zo dit al uitvoerbaar zou zijn - in het gunstigste geval niet méér zou uitwijzen dan dat bij sommige zieken genezing zou zijn verkregen na een behandeling langs onorthodoxe weg, hetgeen slechts een bevestiging zou zijn van uit de praktijk bekende feiten. Een bewijs voor het bestaan van een causaal verband tussen deze genezing en het bestaan van paranormale vermogens zou hiermee allerminst geleverd zijn.

De Regering heeft vervolgens een uitweg uit de moeilijkheden pogen te vinden door het houden van een enquête onder een aantal Europese landen teneinde een inzicht te verkrijgen in de wijze waarop het onderhavige vraagstuk aldaar werd aangepakt. De resultaten werden neergelegd in een aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal gerichte brief van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 19 juli 1961. De reactie was de instelling van een 'interdepartementale, mitsdien ambtelijke werkgroep', waarin de Ministeries van Justitie, Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen en Sociale Zaken en Volksgezondheid vertegenwoordigd waren. Deze werkgroep, de 'Werkgroep Muntendam', zou moeten onderzoeken welke waarborgen voor de volksgezondheid dienden te worden

geschapen, indien zou worden overgegaan tot invoering van een stelsel van beperkte 'Kurierfreihheit'.

Het door de werkgroep uitgebrachte rapport - dat niet veel afweek van het rapport van de staatscommissie uit 1917 - vormde voor de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid aanleiding tot instelling (in 1965) van een (dit keer officiële, niet-ambtelijke en zo breed mogelijk samengestelde) commissie, die het vraagstuk nogmaals in al zijn verschillende aspecten zou bestuderen en de regering van advies zou dienen inzake door haar op dit terrein te nemen maatregelen. Deze commissie (de Commissie Peters), die in 1969 het advies 'Onbevoegde Uitoefening der Geneeskunst' uitbracht (V&M72), concludeerde onder andere:

'Indien men de situatie als geschetst in ogenschouw neemt, wordt de indruk gewekt dat in Nederland nagenoeg onbeperkte vrijheid van uitoefening der geneeskunst heerst.'

Waaraan werd toegevoegd:

'Uit het bovenstaande moge intussen zijn gebleken dat het probleem, zoals zich dit voordoet, behalve medische, ook maatschappelijke en juridische c.q. justitiële aspecten vertoont.'

De commissie kwam uiteindelijk tot het oordeel

'dat het strafbare feit moet blijven de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst, maar dat de strafbaarheid eerst behoort in te treden indien die uitoefening (merkelijk) gevaar met zich brengt.'

Dit is in feite een omschrijving van de huidige situatie (zie hoofdstuk 3).

Intussen was in 1967 de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, de Commissie De Vreeze, geïnstalleerd, die tot taak had gekregen te onderzoeken op welke wijze de wetgeving inzake de toelating tot en de uitoefening van de geneeskundige beroepen zou kunnen worden gemoderniseerd en omtrent haar bevindingen aan de Kroon rapport uit te brengen. Een van de adviseurs van deze commissie was jhr mr PJW de Brauw, tot 1985 lid van de commissie die het onderhavige advies uitbrengt.

Uiteraard stuitte ook de Commissie De Vreeze op onbevoegde beroepsuitoefening door ongekwalificeerden. Bij haar

advisering (V&M73) over dit onderwerp baseerde zij zich op het advies van de Commissie Peters (V&M72); gesteld werd dat

'het de voorkeur verdient, dat niet alleen de strafbepaling, maar ook de norm zelf een beperking ondergaat naar de door de commissie-Peters aangegeven trant.'

De Commissie De Vreeze kwam tot de conclusie dat

'een stelsel van beschermde titels, het mogen voeren waarvan kan gelden als een formele waarborg van deskundigheid en c.q. van persoonlijke geschiktheid, het publiek in staat zal moeten stellen niet alleen tussen de onderscheidene categorieën van gekwalificeerden maar vooral ook tussen de wel en de niet gekwalificeerden te onderscheiden ten einde zijn keuze met meer inzicht te kunnen bepalen.'

Wel voegt zij daaraan toe:

'Indien het voorstel van de staatscommissie door de wetgever wordt overgenomen, zal de overheid zeer alert moeten blijven en door een goede voorlichting enerzijds en door uitgebreid toezicht anderzijds ervoor moeten waken dat aan de volksgezondheid geen schade wordt toegebracht.'

Zoals nader wordt toegelicht in hoofdstuk 3, wordt thans de laatste hand gelegd aan een gedetailleerde uitwerking van de voorstellen van de Commissie De Vreeze, in de vorm van het Wetsontwerp Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG).

In de adviesaanvraag die de basis vormt voor het onderhavige advies (zie 1.1) is vermeld dat in 1977 een Commissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG) werd ingesteld die als opdracht kreeg een onderzoek in te stellen naar de betekenis van de alternatieve geneeswijzen voor de gezondheidszorg in Nederland en te adviseren over eventueel te treffen maatregelen, al of niet van wettelijk aard, met betrekking tot toepassing van deze geneeswijzen. De strekking van het advies van deze commissie, de Commissie Muntendam, was in feite dezelfde als die van het request uit 1913 (CAG81). Aanbevolen werd - onder andere - te bevorderen dat alternatieve beroepsbeoefenaars een adequate (basis-)opleiding volgen, wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de alternatieve behandelwijzen te stimuleren en hiervoor gelden uit te trekken en de kwakzalverij te bestrijden.

Als reactie werden ook nu weer commissies ingesteld, dit maal zowel bij de Gezondheidsraad (1983) als bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (eveneens 1983). De adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad is aangehaald in paragraaf 1.1.

Aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid werd gevraagd een commissie in te stellen die

'de Regering zou moeten adviseren over de uitwerking en uitvoering van door de CAG gedane aanbevelingen en over de aan de orde komende vraagstukken met betrekking tot alternatieve geneeswijzen. '

Bijzondere aandacht werd gevraagd voor het verrichten van een vergelijkend onderzoek van de te dien tijde vigerende verzekeringsmogelijkheden (zie bijlage III). Deze adviesaanvraag werd in juli 1984 gevolgd door de vraag van de staatssecretaris of 'het opnemen van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket aanleiding zou geven tot meerkosten dan wel dat sprake zou kunnen zijn van gelijkblijvende kosten respectievelijk van een verlaging van kosten als gevolg van het optreden van substitutie-effecten. '

De Raad werd verzocht het in te stellen onderzoek uit te voeren in commissoriaal overleg met de Ziekenfondsraad (zie eveneens bijlage III). In antwoord op deze vraag werd in 1988 door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad tegelijkertijd een advies 'Mogelijkheden tot onderzoek van substitutie-effecten/verzekeraarbaarheid van alternatieve geneeswijzen' uitgebracht (NRV/ZFR88).

In het najaar van 1990 bracht de Nationale Raad voor de Volksgezondheid het advies 'Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen' uit (NRV90). Hiermee werd in feite eindelijk concreet aangegeven op welke wijze tegemoet kan worden gekomen aan de sedert 1913 klinkende roep om gedegen opleidingen voor niet-artsen die patiënten willen behandelen.

De Gezondheidsraad adviseert bij dezen.

POLITIEK EN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE JAREN
TACHTIG*

3.1 WOORDEN EN DADEN

In 1982 vatte Mellenbergh de structuur van de in het Rapport Muntendam gegeven argumentatie als volgt samen (Mel82):

'De alternatieve behandelwijzen zijn anders van aard dan de geneeskunde, hebben bestaansrecht en zijn geen kwakzalverij, maar de geneeskunde beschikt niet over de methoden ze te onderzoeken en geeft ze uit politieke overwegingen geen kans.'

De toenemende vraag naar de verschillende alternatieve therapieën (zie 4.1) heeft, sedert het verschijnen van het rapport van de Commissie Muntendam, deze politieke overwegingen merkbaar beïnvloed. In de zomer van 1982 bood de toenmalige Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne het Regeringsstandpunt inzake het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen aan de Voorzitter van de Tweede Kamer aan (TK82) . De Vaste Commissie voor de Volksgezondheid heeft vervolgens in september 1983 aan het onderwerp alternatieve geneeswijzen een Uitgebreide Commissie Vergadering (UCV, TK83) gewijd, die werd gevolgd door een groot aantal schriftelijke vragen en moties (zie ook TK83a). Sedertdien is, zowel in nota's als in redevoeringen, van departementale zijde bij zeer veel gelegenheden aan de alternatieve geneeswijzen aandacht besteed. Telkenjare werd in de Memorie van Toelichting bij de begroting melding gemaakt van gelden die ten behoeve van onderzoek op alternatief gebied werden gereserveerd.

Een uitvoerig chronologisch overzicht van verschillende door politici en ambtenaren betreffende de alternatieve behandelwijzen gedane uitspraken en betreffende deze materie gepubliceerde standpunten en adviezen is opgenomen als bijlage V bij dit advies.

In 1984 en in 1986 heeft de Tweede Kamer van de Staatssecretaris van WVC een 'Voortgangsrapportage Alternatieve Geneeswijzen' ontvangen waarin het tot dan toe gevoerde beleid ten aanzien van het alternatieve veld uitgebreid werd toegelicht (WVC84, WVC86). Naar verwachting zal medio 1993 wederom een dergelijke rapportage verschijnen.

In de contacten tussen de Staatssecretaris van WVC en de bewindslieden van O&W werd van de zijde van WVC bij herhaling aangedrongen op het besteden van aandacht aan alternatieve geneeswijzen in het hoger gezondheidszorgonderwijs.

Een van de aanbevelingen uit het advies dat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1986 aan de bewindslieden uitbracht naar aanleiding van een inventariserend onderzoek (NRV86) luidt:

'De relatie tussen alternatieve en reguliere gezondheidszorg zou moeten worden geïntensiveerd. Daartoe is over en weer vertrouwen noodzakelijk, naast de bereidheid over de eigen grenzen heen te kijken. Van een evenwichtige relatie zal pas sprake kunnen zijn, indien en voor zover de waarborgen voor kwaliteit naar beide kanten herkenbaar en toetsbaar zijn. De Raad beveelt aan reeds in de alternatieve en reguliere opleidingen mogelijkheden te scheppen voor contact en kennisoverdracht tussen beide geneeswijzen.'

Staatssecretaris Van der Reijden verwoordde zijn begrip voor de alternatieve geneeswijzen in zijn rede voor het NOVAG*-congres (februari 1986) aldus:

'Maar ik heb in het eerste deel van mijn betoog het reguliere denken niet verworpen, doch slechts ontoereikend genoemd om de werkelijkheid te benaderen. Het komt dus ook niet op de keuze aan tussen rationeel versus emotioneel, tussen deductief en inductief versus intuïtief, tussen het begrijpelijke versus het onbegrijpelijke, maar het komt, als bij Yin en Yang, juist op de heelheid aan.'

Bepaalde passages in de 'Nota 2000' (WVC86a) geven eveneens blijk van politieke belangstelling voor alternatieve geneeswijzen:

NOVAG: Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers.

'Ook de belangstelling voor alternatieve geneeswijzen is opvallend en krijgt politiek meer aandacht.'

'Wat in de afgelopen jaren op gang gekomen is, moet gezien worden als een aanzet, die zal leiden tot een geconsolideerde beleidsmatige benadering van de alternatieve geneeswijzen in al hun facetten. Niet alleen de druk vanuit de samenleving of de aandrang vanuit het parlement zal hiertoe bijdragen, maar ook de resultaten van thans in gang gezet onderzoek, emancipatie van de beroepsgroepen en beroepsorganisaties en verhoging van de kwaliteit van opleiding en beroepsuitoefening zullen belangrijke factoren zijn in deze ontwikkeling.'

'De zorgbehoefte in de afgelopen jaren blijkt niet alleen onder invloed van het aanbod en de toegankelijkheid van voorzieningen te worden omgezet in het gebruik van voorzieningen, maar ook onder invloed van waarden en normen ten aanzien van zorg bij patiënten en bij zorgverleners.'

In september 1987 antwoordde Staatssecretaris Dees op Kamervragen naar aanleiding van de Toelichting op de begroting voor 1988:

'In elk geval heb ik mij voorgenomen om, onafhankelijk van de mogelijk te boeken resultaten, voor effectonderzoek op onderhavig gebied in de eerstkomende jaren gelden te reserveren'.

In zijn antwoord op de naar aanleiding van de begroting van WVC (september 1988) gestelde vraag:

'Acht de staatssecretaris de procedure inzake de beoordeling van alternatieve geneeswijzen niet te lang, gelet op het grote belang dat brede lagen van de bevolking hechten aan deze tak der geneeskunde?'

reageerde Staatssecretaris Dees:

'Ik stel mij niet voor de alternatieve geneeswijzen te 'beoordelen'; ik heb daartoe ook geen procedure gestart. Met mijn ondersteuningsbeleid ten aanzien van effectonderzoek bij alternatieve geneeswijzen bedoel ik het betrokken veld de kansen te bieden om achterstanden op het wetenschappelijk onderzoeksterrein in te lopen en beweerde claims te doen staven. Juist het grote belang, dat brede lagen van de bevolking aan deze tak van de geneeskunde hechten, staat een rechtvaardiging van zodanige beoordeling in de weg. Wel zie ik mijn verantwoordelijkheid voor het bevorderen van waarborgen voor de patiënt, dat de door hem gekozen zorg be-

antwoordt aan kwaliteitseisen.

Uit de 'Onderzoeksprojecten Volksgezondheid 1988/89' (WVC89) kan worden geciteerd:

'Toenemende maatschappelijke acceptatie en politieke belangstelling deden de behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar de alternatieve geneeswijzen stijgen. Immers, wetenschappelijk onderzoek dient ertoe het inzicht in de mogelijkheden en het gebruik van de alternatieve geneeswijzen te vergroten. Mede gezien het feit dat de alternatieve geneeswijzen geen eigen onderzoekstraditie kennen en nauwelijks of geen inbedding hebben in wetenschappelijke instituten, lijkt overheidssteun op dit punt zeker gerechtvaardigd.'

Medio 1990 werd ter gelegenheid van de presentatie van de resultaten van het door het NIVEL uitgevoerde onderzoek 'Samenwerking tussen reguliere en alternatieve genezers' (Kui88, Vis88, Pet89, Vis89) door een beleidsambtenaar in zijn inleiding gesteld:

'Respect voor de patiënt en voor zijn keuzevrijheid, die realiseerbaar moet zijn, vormt de basis van het beleid dat de overheid ten aanzien van de alternatieve geneeswijzen wenst te ontplooiën. Stimulering van processen tot kwaliteitsbewaking en -bevordering, scholing, effectonderzoek en samenwerking behoren hiertoe, ook in de toekomst'.

Hoewel enerzijds dus wel degelijk de behoefte aan wetenschappelijk onderzoek wordt gevoeld, blijkt anderzijds dat, onder invloed van de publieke opinie, bij politieke besluitvorming gemakkelijk aan elke vorm van wetenschappelijk bewijs wordt voorbijgegaan. Zo antwoordde Staatssecretaris Simons van WVC naar aanleiding van Kamervragen over het enzympreparaat Vasolastine (TK90):

'De afweging is die tussen objectief vastgestelde therapeutische waarde die nihil is en de ervaringen van betrokken patiënten. Ik heb, zij het met aarzeling, het voordeel van de twijfel gelaten aan de betrokken patiënten.'

Een ander voorbeeld van dergelijke besluitvorming wordt gememoreerd in het eveneens in 1990 door STB/TNO* gepubliceerde onderzoeksverslag 'Hoe soft is de laser in de fysiotherapie?' (Vro90):

STB/TNO: Studiecentrum voor Technologie en Beleid TNO.

'De huidige besluitvorming bevat geen procedure op basis waarvan middels onderzoek vastgesteld kan worden of een nieuwe verrichting al dan niet tot fysiotherapie gerekend of in het verstrekkingspakket opgenomen kan worden. Er is met andere woorden geen koppeling tussen het onderzoek en de besluitvorming. Dat geldt ook voor reeds erkende applicaties: eventuele vernietigende conclusies over de werkzaamheid van de gangbare therapievormen hebben in de huidige situatie geen consequenties voor de besluitvorming.

Bij gebrek aan formele procedures wordt de besluitvorming over nieuwe veelbelovende of bestaande obsoleete therapievormen overgelaten aan het onderhandelingsproces tussen de beroepsgroep en de verzekeraars.'

Ook de Geneesmiddelencommissie heeft vergelijkbare bezwaren. In een brief aan de staatssecretaris inzake diens besluit homoeopathische/anthroposofische farmaceutische producten (waaronder parenteraal toe te dienen producten) integraal vrij te stellen van registratie schrijft de voorzitter van deze commissie (Geco90):

'Wanneer immers als grond voor vrijstelling van registratie als criterium geldt dat 'de werkzaamheid van een groep farmaceutische producten niet langs natuurwetenschappelijke weg aantoonbaar is, doch dat de toepassing ervan maatschappelijk aanvaard is', dan wordt de weg geopend voor vrijstelling van registratieplicht voor allerlei andere farmaceutische producten, waarvoor zulks eveneens het geval is. Bovendien zal dan ook uwerzijds aan de voorzitter van de Gezondheidsraad moeten worden verzocht de werkzaamheden van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen af te breken omdat de opdracht van deze Commissie is: natuurwetenschappelijke methoden aan te geven om de effectiviteit van zulke behandelwijzen aannemelijk te maken. De jarenlange moeizame werkzaamheden van deze Commissie, waarvan ik de eer heb vice-voorzitter te zijn, worden door uw beleidsvoornemen wel zeer bruusk gefrustreerd'.

3.2 CONCLUSIES

Wat zijn nu de conclusies uit het voorgaande voor de werkzaamheden van de commissie? Vanzelfsprekend heeft de commissie zich met een zekere regelmaat de vraag gesteld of doorgaan met de werkzaamheden zinvol is indien de besluitvorming zich veelal op onvoorspelbare manier en voorbijgaand aan de resultaten van wetenschappelijk onderzoek voltrekt. De commissie heeft onderstaande analyse van de situatie opgesteld:

Vaak blijkt in het overheidsbeleid het (vermeende) maatschappelijk belang te prevaleren boven wetenschappelijke argumenten.

Overheid, volksvertegenwoordiging en maatschappij lijken het fenomeen 'alternatieve behandelwijzen' te hebben geaccepteerd. Aan een advies over wetenschappelijk onderzoek op dit gebied - met de aan dergelijk onderzoek verbonden kosten - lijkt op het ogenblik dan ook geen grote politieke behoefte te bestaan. Dit schept onzekerheid ten aanzien van de follow-up die dit advies zal krijgen: zal van overheidswege aandrang worden uitgeoefend alle door de werkgroepen voorgestelde onderzoeksprojecten uit te voeren? Zullen de resultaten van wél uitgevoerd onderzoek consequenties hebben voor het beleid?

Deze onzekerheden hebben de commissie niet weerhouden het onderhavige advies uit te brengen. Het gegeven dat politieke besluitvorming zich niet uitsluitend op de 'stand der wetenschap' kan baseren, ontslaat haar niet van de plicht de gestelde vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Vooral echter voelt de commissie zich verantwoordelijk, in de eerste plaats jegens de hulp zoekende patiënt die bescherming behoeft tegen (reguliere en alternatieve) kwakzalverij (zie 15.4), maar ook jegens het alternatieve veld. In dit veld is men zich de laatste jaren in toenemende mate bewust geworden van de noodzaak serieus onderzoek te doen naar het effect van de verschillende behandelwijzen. Omdat echter op onderzoeksgebied in het alternatieve circuit geen enkele traditie bestaat en de structuur en middelen van dit veld (nog) niet zodanig zijn dat men slaagt in het zelfstandig opzetten en uitwerken van een verantwoord onderzoeksprogramma, is in de meeste gevallen al te voorspellen dat uit de onderzoeksvoorstellen in de vorm waarin ze worden ingediend nooit enig - voor de reguliere wereld acceptabel, zie ook hoofdstuk 12 - resultaat kan komen. De commissie heeft ervaren dat behoefte bestaat aan duidelijke en elementaire richtlijnen in dezen. Met het onderhavige ad-

vies poogt zij hierin te voorzien.

Daarnaast zal, indien men ooit tot enig werkelijk inzicht in deze materie wil geraken en wellicht in de toekomst tot vruchtbare samenwerking komen, voorlopig deskundige ondersteuning vanuit de reguliere wetenschappelijke wereld onmisbaar zijn. Dergelijke ondersteuning zal alleen rendabel kunnen zijn indien vorm en inhoud ook voor de ondersteunde partij aanvaardbaar zijn en wanneer efficiënte coördinatie van mankracht en middelen plaatsvindt. De commissie geeft in hoofdstuk 14 haar visie op een mogelijke aanpak van coördinatie, stimulering en ondersteuning op dit gebied.

Ten slotte hoopt de commissie dat, in het verlengde van het door haar geadviseerde onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen, een fundamentele discussie tussen reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren en universitair geschoolde onderzoekers tot stand zal kunnen komen die leidt tot onderzoek naar de essentie van 'genezen' en 'het geneesproces'. Onderzoek naar de aard en omvang van het placebo-fenomeen zal in dezen de eerste stap moeten zijn. De commissie formuleert in hoofdstuk 10 haar gedachten over dit onderwerp .

BESCHOUWINGEN NAAR AANLEIDING VAN DE ADVIESAANVRAGE

4.1 TOENEMENDE BELANGSTELLING

De adviesaanvraag begint met de mededeling dat 'behandelingsmethoden die onder de zogeheten alternatieve geneeswijzen vallen, een niet onaanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking aanspreken'.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft met zijn in 1987 uitgebrachte rapport 'Kwantitatieve betekenis alternatieve geneeswijzen in de jaren '80' (Maa87) een cijfermatige onderbouwing van deze bewering gegeven. Het aan dit rapport ten grondslag liggende onderzoek, dat zich heeft beperkt tot de georganiseerde beroepsbeoefenaren uit de zes door Muntendam onderscheiden stromingen, bracht aan het licht dat dit aantal medio jaren '80 4.100 bedroeg, van wie 800 arts* en 1.600 fysiotherapeut waren. Dit betekent dat bijna 60% van de georganiseerde alternatieve beroepsbeoefenaren binnen deze zes richtingen een reguliere opleiding heeft gevolgd. Het aantal patiënten dat jaarlijks een van deze alternatieve beroepsbeoefenaren raadpleegt, kon volgens de onderzoekers 'met enige zekerheid gesteld worden op 1.100.000 waarvan er 400.000 een arts consulteren en 300.000 patiënten een fysiotherapeut die alternatieve behandelwijzen toepassen'. Dit betekent dat bijna twee op de drie van de patiënten die zich wenden tot een van de georganiseerde alternatieve beroepsbeoefenaren, de gewenste alternatieve behandeling vinden bij een arts of fysiotherapeut.

Het aantal niet-georganiseerde alternatieve beroepsbeoefenaren is niet precies bekend. Volgens een in genoemd rap-

Per 1-1-1993 waren 1069 alternatieve artsen via hun beroepsvereniging bij de AAG aangesloten.

port gemaakte schatting bedroeg dit in 1986 ongeveer 5.000, alleen in de zes onderzochte richtingen. Het feit dat het Informatie- en Documentatiecentrum Alternatieve Geneeswijzen 13 alternatieve 'domeinen' onderscheidt, die weer zijn onderverdeeld in (in totaal) 259(!) stromingen (IDAG91), illustreert de behoefte aan nader onderzoek op dit gebied.

Volgens de periodiek door het CBS gepubliceerde Gezondheidsstatistieken neemt de belangstelling voor alternatieve behandelwijzen nog immer toe (Swi92; zie ook bijlage VI). Aan het op de resultaten van de CBS-Gezondheidsenquête over de periode 1985-1990 gebaseerde artikel 'Ontwikkelingen in het raadplegen van alternatieve genezers en -huisartsen, 1985-1990' (Ver92) kan worden ontleend dat het percentage van de bevolking dat jaarlijks een alternatieve genezer (niet de eigen huisarts) raadpleegt, is gestegen van 4,5 in 1985 naar 5,9 in 1990. Dit betekent dat in 1990 in Nederland ongeveer 900.000 mensen een alternatieve genezer hebben geraadpleegd. Het gemiddeld aantal contacten per persoon is echter na 1987 gedaald, zodat het geschatte totale aantal contacten met alternatieve genezers (niet de eigen huisarts) sedert 1988 vrij constant op 6 miljoen per jaar blijft.

Deze alternatieve genezers werden meer bezocht door vrouwen, door mensen tussen de 30 en 60 jaar, door mensen die hun eigen gezondheid minder goed vinden, met een of meer langdurig bestaande aandoeningen, met een ambtenaren- of particuliere verzekering en door hoger opgeleiden. De meeste mensen die een alternatieve genezer raadplegen, gaan naar een homeopaat; zij bezoeken deze gemiddeld 3,2 maal per jaar. Paranormale genezers behandelen slechts de helft van het aantal patiënten dat zich tot homeopathen wendt, maar worden door deze patiënten gemiddeld ruim 10 maal per jaar geconsulteerd. Patiënten van alternatieve genezers (niet de eigen huisarts) blijken significant meer gebruik te maken van reguliere medische voorzieningen (zowel eerste- als tweedelijns) dan diegenen die zich tot het reguliere medische circuit beperken, ook wanneer wordt gecorrigeerd voor mogelijk vertekende variabelen.

De commissie wijst erop dat in deze categorie 'alternatieve genezers (niet de eigen huisarts)' wel de 'consulenten' zijn meegeteld (Ver92a). Dit zijn enerzijds basisartsen die zich, ten gevolge van de vaak zeer lange wachttijden voor de huisartsenopleiding, maar ook uit 'markttechnische overwegingen' naar eigen inzicht hebben bekwaamd in een alternatieve richting. Anderzijds vallen in deze categorie huisartsen die hun huisartsenpraktijk hebben verruild voor een consultatieve praktijk. Hiermee vervalt na 5 jaar hun registratie als huisarts. Zoals wordt opgemerkt in 5.1 en 15.4 bestaat tot op heden geen enkele mogelijkheid het niveau van kennis van en bekwaamheid in het desbetreffende alternatieve gebied van dergelijk consultatief werkende artsen vast te stellen - evenmin als dat van diegenen die zonder enigerlei reguliere opleiding patiënten alternatief behandelen.

Het percentage van de bevolking dat per jaar een huisarts die (een) alternatieve behandelwijze(n) toepast consulteert, is, volgens hetzelfde CBS-artikel, in de periode 1985-1990 gestegen van 5,2 naar 10,9; het aantal contacten steeg van 3,5 miljoen in 1985 naar 8,1 miljoen in 1990. Deze huisartsen passen, naast de reguliere geneeskunde, voornamelijk homeopathie toe. Ter vergelijking zij vermeld dat ook het totale percentage van de bevolking dat contact had met de eigen huisarts in deze periode is gestegen, en wel van 71,9% in 1985 (52 miljoen contacten) tot 75,4% in 1990 (56,2 miljoen contacten) (Swi92).

Tabel. Percentage van de bevolking dat in 1985 en in 1990 contact had met de eigen (regulier en/of alternatief werkende) huisarts en/of een alternatieve genezer en/of een reguliere specialist.

Contact met:	eigen huis- arts (reg. en alt.)	alt. werkende huisartsen	alt. genezers (niet de h. a.)	alt. behandelaar (h. a. en/of gen genezer)	reguliere specialis- ten
1985	71,9	5,2	4,5	9,1	37,5
1990	75,4	10,9	5,9	15,7	41,0

De commissie wil bij deze cijfers twee kanttekeningen maken. Allereerst is uit een enquête die het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns-gezondheidszorg (NIVEL) in 1987 heeft gehouden, duidelijk geworden dat weliswaar 47% van de ondervraagde huisartsen een of meer alternatieve behandelwijzen toepast, maar tevens dat zij dit in veel gevallen slechts sporadisch doen (Vis88). Uit de CBS-tellingen kan niet worden opgemaakt of de contacten met deze, in vele gevallen sporadisch alternatieve behandelwijzen toepassende, huisartsen reguliere danwel alternatieve consulten betreffen. Ten tweede is niet bekend met welk percentage het aantal (sporadisch) alternatief werkende huisartsen in de desbetreffende periode is toegenomen. De hiervoor genoemde aantallen artsen die lid zijn van de AAG (in 1985 800, per 1-1-1993 1100) geven slechts een indicatie: in deze aantallen zijn niet alleen de basis-artsen die lid zijn van de desbetreffende alternatieve artsen-vereniging opgenomen, maar ook de consultatief werkende ex-huisartsen en de specialisten die vanuit een alternatieve invalshoek werken (er zijn bijvoorbeeld 6 kinderartsen en 5 psychiaters als lid van de Vereniging van Homoeopathische Artsen in Nederland - en daarmee als AAG-lid - geregistreerd (VHAN93)).

De resultaten van de Gezondheidsenquête geven wat medische consumptie betreft geen aanwijzing voor een mogelijk substitutie-effect bij patiënten van alternatief werkende huisartsen. Hoewel mensen met een huisarts die ook alternatief werkt deze vaker consulteren en hoewel zij meer medicijnen gebruiken, is het verwijspercentage even hoog als bij patiënten van reguliere huisartsen.

Dat vooral de homoeopathie zich in toenemende belangstelling mag verheugen, wordt onderstreept door de gegevens van het marketinginstituut IMS (International Medical Statistics) , dat stelt dat de omzet van de door hen geregistreerde homoeopathische produkten in 1990, ten opzichte van 1989, met twintig tot vijfentwintig procent is gestegen. Geschat wordt dat de omzet van homoeopathische produkten in Nederland in 1990 220 tot 240 miljoen gulden bedroeg (fabrieksprijzen) (NEF91; zie ook ZFR91, Sme93).

De commissie heeft kunnen constateren dat ook het aantal handelaren in deze preparaten toeneemt.

In hoofdstuk 6 gaat de commissie in op de factoren die volgens haar bij deze ontwikkeling in de belangstelling voor alternatieve behandelwijzen een rol spelen. In 15.5 wordt melding gemaakt van soortgelijke ontwikkelingen in het buitenland.

4.2 ERKENNING

Een volgend punt uit de adviesaanvraag dat op deze plaats een nadere beschouwing verdient, is de vraag 'aan welke normen de onderzoeksmethodieken voor de verschillende alternatieve stromingen zouden moeten voldoen, om bij een positief resultaat tot erkenning van de betrokken behandelingswijzen te kunnen bijdragen'. In deze vraag zijn twee problemen verweven: a) aan welke normen moeten de onderzoeksmethodieken voldoen en b) wat is erkenning.

In het algemeen kan worden gesteld dat onderzoeksmethodieken moeten voldoen aan de geldende normen voor wetenschappelijk onderzoek: zij moeten leiden tot geldige uitspraken. De commissie gaat op dit onderwerp in de hoofdstukken 7 t/m 11 nader in.

Wat onder 'erkenning' moet worden verstaan is een vraag van geheel andere orde. Het begrip 'erkenning' is in de loop der tijd in velerlei betekenis gebruikt. In het hoofdstuk over de juridische aspecten van de beoefening der alternatieve behandelwijzen heeft de Commissie Muntendam (CAG81) benadrukt dat erkenning als bevoegde - in het kader van de Wet BIG als titelgerechtigde (zie hoofdstuk 5) -

'dient te worden onderscheiden van de erkenning van alternatieve geneeswijzen in het kader van de sociale verzekeringen.'

Hieraan werd toegevoegd:

'Niettemin, van laatstbedoelde erkenning zal slechts sprake kunnen zijn, indien daaraan voorafgaande een wettelijke erkenning heeft plaatsgevonden.'

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid adviseerde in het in 3.1 genoemde rapport dat in 1986 aan de bewindslieden werd uitgebracht naar aanleiding van het inventariserend onderzoek Beroepsorganisaties Alternatieve Geneeswijzen (Maa86, NRV86):

'Aan een eventuele erkenning van alternatieve behandelwijzen zou een bepaalde ontwikkelingsfase moeten voorafgaan. Niet alleen zal in een dergelijke ontwikkelingsfase de opleidings-situatie beslissend dienen te zijn, maar tevens zal daarin aan onderzoek naar de effectiviteit van de betreffende behandelwijzen een zodanige rol kunnen worden toegekend, dat voor aantoonbaar niet of nauwelijks effectieve behandelwijzen erkenning achterwege blijft.'

Inzake de bedoelde opleidingssituatie heeft de Nationale Raad in 1990 zelf geadviseerd (NRV90); aan het effectiviteitsonderzoek en de eventueel aan de resultaten daarvan te verbinden conclusies is het onderhavige advies gewijd. Over de merkwaardige relatie tussen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en politieke besluitvorming is in hoofdstuk 3 een enkel woord geschreven.

Staatssecretaris Dees is op het onderwerp 'erkenning' ingegaan in zijn rede voor het LOPAG*-congres op 7 november 1987:

'Essentieel voor de beleidsvorming acht ik het contact met het veld, met organisaties van therapeuten en van patiënten en met opleidingsinstituten, om gezamenlijk onder ogen te zien welke weg verder bewandeld moet worden om te komen tot wat men noemt ¹ erkenning'.

Het is met die erkenning wat wonderlijk gesteld, omdat niet altijd duidelijk is wat daaronder wordt verstaan. Vaak bedoelt men hiermee: opneming in de verstrekkingspakketten van sociale of particuliere ziektekostenverzekering. Ook wordt met erkenning wel bedoeld een vorm van wettelijke bescherming van de betrokken beroepsuitoefening met daaraan gekoppeld een titelbescherming. Een nog weer andere vorm is gelegen in de maatschappelijk erkenning.

Het zijn deze verschillende facetten van het begrip erkenning die in mijn beleid ten aanzien van de alternatieve geneeswijzen aandacht vragen. Voor mij is het centrale begrip hierbij: kwaliteit. Want er kan mijns inziens niet over erken-

LOPAG: Landelijk Overleg Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen

ning van een therapie ook maar worden nagedacht zolang omtrent de kwaliteit van de door betrokken groep therapeuten geboden zorg nog vragen bestaan.'

De staatssecretaris refereerde vervolgens aan de door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aanvaarde richtlijn waarin het begrip kwaliteit wordt ontleed (NRV86a):

'Voor de gedachtenvorming rond kwaliteit is dit werkstuk van waarde en ik stel mij voor dat ook de alternatieve zorg op alle elementen moet worden getoetst.'

De commissie constateert dat de door de staatssecretaris genoemde maatschappelijke, verzekeringstechnische en op kwaliteit en wetgeving betrekking hebbende aspecten van erkenning nauw samenhangen.

De relatie tussen maatschappelijke acceptatie en vergoeding door ziekenfondsen en particuliere verzekeringsmaatschappijen is inmiddels overduidelijk gebleken (Vro86, Maa87, DAG89, Gro92). Zoals naar voren komt uit een in januari 1991 door het Informatie- en Documentatiecentrum Alternatieve Geneeswijzen (IDAG91a; zie ook IDAG92) gepubliceerd overzicht, zijn langzamerhand door alle regionale ziekenfondsen een of meer alternatieve behandelingen, mits gegeven door artsen, in de aanvullende verzekering opgenomen (zie ook VNZ90). In 1988 gold dit nog voor iets minder dan driekwart van de ziekenfondsen. De aanvullende verzekering maakt geen deel uit van het wettelijk vastgestelde ziekenfondspakket, maar bijna alle verzekerden, vaak meer dan 90 procent per ziekenfonds, hebben een aanvullende polis afgesloten. Van de particuliere verzekeraars hebben ongeveer dertig van de veertig maatschappijen de alternatieve behandelwijzen inmiddels in het basispakket opgenomen. De overige bieden hiertoe, net als de ziekenfondsen, aanvullende mogelijkheden.

Een bewijs van kwaliteit - dat zou kunnen worden geleverd met behulp van wetenschappelijk onderzoek - is voor 'erkenning' door cliënten/patiënten en verzekeraars kennelijk niet noodzakelijk. Wel zoeken de verzekeraars naar een houvast.

Het blijkt dat vrijwel alle maatschappijen in de polisvoorwaarden hebben omschreven aan welke opleidingseisen de artsen en therapeuten moeten voldoen of van welke beroepsverenigingen zij lid moeten zijn, willen hun verrichtingen in het verzekeringspakket worden opgenomen. Bij vergelijking van dergelijke - in de polissen vastgelegde 'eisen' - blijken echter bij de onderzochte maatschappijen verschillen te bestaan (IDAG91a).

In hoofdstuk 3 werd aangegeven dat ook de overheid zelve zich, in afwijking van hetgeen de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1986 adviseerde (zie het citaat hiervoor) in voorkomende gevallen laat leiden door maatschappelijke acceptatie. Desalniettemin moet, alleen al gezien de onderhavige adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad, worden aangenomen dat voor 'erkenning' van alternatieve behandelwijzen door de overheid kwaliteit op zijn minst een belangrijk begrip vormt.

In gevallen als deze volgt 'wettelijke' erkenning als laatste; de wet bekrachtigt dan de visie van de maatschappij op in de praktijk gegroeide situaties. Ter toelichting op dit wettelijk aspect is in hoofdstuk 5 een korte uiteenzetting opgenomen betreffende de herziening van de wettelijke regelingen inzake het medisch handelen, zoals deze wordt voorgesteld in het Wetsontwerp Beroepen Individuele Gezondheidszorg (de 'BIG').

Ook het Bureau Research voor Beleid, dat op verzoek van het departement het onderzoeksbeleid inzake de alternatieve behandelwijzen heeft geëvalueerd, heeft zich afgevraagd wat onder 'erkenning' moet worden verstaan. In het in 1990 uitgebrachte rapport (Els90) wordt bij de aanbeveling tot een meer sturend onderzoeksbeleid gesteld:

'Dit sturende onderzoeksbeleid is afhankelijk van het standpunt dat door de overheid, in overleg met adviesorganen als Gezondheidsraad, Nationale Raad voor de Volksgezondheid en Ziekenfondsraad, wordt ingenomen ten aanzien van alternatieve geneeswijzen. Een standpunt met een vermoedelijk groot maatschappelijk draagvlak, ook onder alternatieve genezers, is: alternatieve geneeswijzen, welke bij onderzoek effectief blijken te zijn, moeten erkend worden als onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg. Bij een dergelijke erkenning wordt gedacht aan: toegankelijk maken van effectief gebleken AG door

opname in het stelsel van ziektekostenverzekering, ontwikkelen kwaliteitscriteria voor beroepsbeoefenaren binnen effectief gebleken AG, samenwerking tussen AG en RG bevorderen.'

De commissie kan zich volledig stellen achter een erkenning als omschreven door het Bureau Research voor Beleid, mits ook de opleiding van alternatieve beroepsbeoefenaren wordt gereguleerd en gecontroleerd (zie 14.3.2). Zij is evenwel van mening dat de - reeds in 1986 door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid geformuleerde - consequentie van het door het Bureau Research voor Beleid bedoelde onderzoek eveneens moet zijn dat voor aantoonbaar niet of nauwelijks effectieve behandelwijzen een dergelijke erkenning achterwege behoort te blijven.

4.3 INTERNE KWALITEITSCONTROLE

In aansluiting op de vraag naar methodieken voor effectiviteitsonderzoek wordt in de adviesaanvraag geïnformeerd in hoeverre de afzonderlijke groeperingen die zich met alternatieve behandelwijzen bezig houden, in staat zijn een zekere interne kwaliteitscontrole uit te oefenen.

In paragraaf 1.4 is toegelicht waarom de commissie zich heeft moeten beperken tot contacten met artsen die alternatieve behandelwijzen beoefenen. Dit besluit impliceert tevens de onmogelijkheid de boven aangehaalde vraag te beantwoorden; de commissie heeft onvoldoende zicht op de kwaliteit van handelen van de leden van de talrijke verschillende verenigingen van alternatieve beroepsbeoefenaren die geen arts zijn*. Gezien de taak en de samenstelling van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksge-

Volgens informatie van het IDAG waren in 1990 in het alternatieve veld in totaal actief: 70 beroepsorganisaties, naast 130 organisaties die voorlichting geven over bepaalde alternatieve leef- en geneeswijzen; ongeveer 250 instituten voor gerichte cursussen; ruim 200 centra voor algemeen oriënterende cursussen; ruim 100 behandelcentra; ongeveer 250 gezondheidswinkels en ruim 60 industrieën/firma's.

zondheid en gezien het werkterrein van beide Raden, is echter al in een vroeg stadium met deze commissie overeengekomen dat dit onderdeel uit de adviesaanvraag door de Nationale Raad zou worden bestudeerd (zie ook 5.1).

Inmiddels is in 1992 de Alliantie Natuurlijke Geneeswijzen (ANG) opgericht, een overkoepelend orgaan van 20 beroepsorganisaties van alternatieve therapeuten (niet-artsen) dat zich inzet voor de bevordering en bewaking van de kwaliteit van het handelen door de leden der aangesloten organisaties (IDAG92a). De ANG heeft van WVC een subsidie ontvangen voor de ontwikkeling van criteria voor registratie - die volgens WVC onlosmakelijk verbonden dienen te zijn aan de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening (WVC90; zie ook 14.3.3.2) - onder voorwaarde dat stelselmatig overleg met en consultatie van het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG) plaatsvindt (zie 5.1).

Zoals vermeld in 1.4.1 hebben de verschillende verenigingen van alternatieve artsen (totaal aantal leden per 1-1-1993 1.100) zich aaneengesloten tot de Artsenfederatie Alternatieve Geneeskunde (AAG). Deze federatie streeft naar kwaliteitswaarborgen door onder andere zorg te dragen voor de alternatieve opleiding na het artsexamen, voor verplichte bijeenkomsten en voor een intern tuchtrecht (naast het medisch tuchtrecht waaronder de leden van de aangesloten verenigingen als arts vallen). De commissie is van mening dat de AAG, indien zij daadwerkelijk vorm blijkt te kunnen geven aan haar programma, zou kunnen worden betrokken bij de in de adviesaanvraag bedoelde kwaliteitscontrole.

REGULIER EN ALTERNATIEF: OPLEIDING. TOEZICHT. WETGEVING

5.1 SITUATIE BEGIN JAREN '90

Het sedert 1865 in Nederland vigerende systeem van beroepswetgeving in de gezondheidszorg is een gesloten stelsel: elke vorm van beroepsuitoefening door ongekwalificeerden is verboden. Volgens de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst - die sedert dat jaar van kracht is - zijn alleen artsen gekwalificeerd de geneeskunde in volle omvang te beoefenen; onder 'artsen' worden diegenen verstaan die met goed gevolg aan een Nederlandse universiteit het artsexamen hebben afgelegd. De voortgezette medische opleidingen staan onder toezicht van colleges en registratiecommissies van de KNMG; de gestelde normen zijn van overheidswege gesanctioneerd. Het artsdiploma geeft aan dat kennis en vaardigheden van de arts in kwestie voldoen aan deze normen.

Artsen worden geacht te praktiseren volgens de methoden die hun op de universiteiten zijn onderwezen en die berusten op de gecodificeerde, algemeen aanvaarde medische kennis die is gebaseerd op langs wetenschappelijke weg verkregen gegevens. De gegevens zijn minstens op een als gangbaar aan te duiden wetenschappelijk-didactische wijze geordend. Onder 'wetenschappelijk' moet overigens niet worden verstaan: 'de gehele werkelijkheid ten volle begrijpend en verklarend' (zie over deze problematiek hoofdstuk 7) .

Op de uitoefening van de reguliere geneeskunde bestaan verschillende vormen van toezicht. Naast het toezicht door de Inspectie van de Volksgezondheid, al dan niet met inschakeling van de medisch tuchtrechter, vindt binnen de verschillende beroepsverenigingen een zekere vorm van intercollegiale toet-

sing plaats.

Meer en meer wordt het bovendien gebruikelijk de kwaliteit van het medisch handelen, onder andere met behulp van 'Medische Technology Assessment' (MTA, zie 12.9), kritisch te bezien.

Een verplichting tot nascholing bestaat voor medici evenwel (nog) niet (Geu90, Moe92).

Alternatieve beroepsbeoefenaren in Nederland zijn van zeer verschillend pluimage. Bijna 60% van de georganiseerden onder hen heeft een reguliere opleiding tot arts of fysiotherapeut gevolgd (Maa86; zie ook 4.1). Deze opleiding betreft evenwel niet het alternatieve handelen. Betreffende de alternatieve behandelwijzen wordt binnen het reguliere medische curriculum en de fysiotherapie-opleiding hoogstens (enige) informatie verschaft (zie ook 14.5.3). Of men een weekend-cursus alternatieve behandelwijzen heeft gevolgd of van een speciale methode jarenlang intensief studie heeft gemaakt en daarin is geëxamineerd, is in de wijze waarop alternatieve beroepsbeoefenaren zich aanprijzen nauwelijks te herkennen.

In het eerder genoemde advies 'Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen' bepleit de Nationale Raad voor de Volksgezondheid dan ook dat door het alternatieve veld wordt gewerkt aan de ontwikkeling van beroeps- en opleidingsprofielen en aan een landelijk registratiesysteem. Hieraan wordt inmiddels door verschillende betrokkenen gewerkt. Zowel AAG als NOVAG houden registers bij van de leden van de aangesloten verenigingen; eerstgenoemde in nauwe samenwerking met het IDAG. De Stichting 'Het Johan Borgmanfonds' heeft eind 1992 van WVC een subsidie ontvangen voor het opstellen van een beroepsprofiel voor paranormale genezers.

In 1991 heeft het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG) het initiatief genomen tot formulering van 'Criteria beroepsuitoefening alternatieve Gezondheidszorg'. Beoogd wordt, in samenwerking met organisaties van beroepsbeoefenaren en financiers en met subsidie van WVC, een kwaliteitsbeleid voor de alternatieve gezondheidszorg te realiseren en te komen tot een 'keurmerk voor

alternatieve geneeswijzen' (Doo92).

Zoals vermeld in 4.3 is begin 1992 de Alliantie Natuurlijke Geneeswijzen (ANG) opgericht, als overkoepelend orgaan van de grootste organisaties van alternatieve beroepsbeoefenaren (niet-artsen). Als prioriteit stelt de ANG 'het waarborgen van kwaliteit in de natuurlijke geneeswijzen door middel van constitutieve registratie' (zie 5.2). Voorts stelt men zich tot taak het ondersteunen en erkennen van beroepsopleidingen (IDAG92a). Door WVC is begin 1993 ook aan de ANG een subsidie toegezegd om, onder voorwaarde van 'stelselmatig overleg met en consultatie van het LOPAG', criteria te ontwikkelen voor registratie van de onder de alliantie vallende therapeuten. Hierbij zal ook aandacht worden besteed aan gedragsregels en een klachtenprocedure (WVC93).

Alternatieve artsen vallen onder het medisch tuchtrecht. De beroepsuitoefening van fysiotherapeuten is geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen; voor fysiotherapeuten gelden gedragsregels en een verenigingstuchtrecht. Op de wijze waarop alternatieve behandelwijzen worden toegepast door de verschillende beroepsbeoefenaren die arts noch fysiotherapeut zijn, bestaat van overheidswege echter geen enkele vorm van toezicht. Men voert een zogenaamd 'gedoogbeleid', hetgeen betekent dat slechts op de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst wordt teruggegrepen indien zich aantoonbare misstanden voordoen. Wel is uit een door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid gehouden enquête gebleken dat in het alternatieve veld een systeem van beroepscode en gedragsregels noodzakelijk wordt geacht en dat veel beroepsverenigingen reeds over een beroepscode of over gedragsregels beschikken dan wel aan de ontwikkeling daarvan werken. Voor zover dergelijke codes en regels worden gehanteerd, blijkt dat veelal ook sanctiemaatregelen voorkomen (bijvoorbeeld via een intern tuchtrecht, NRV90).

5.2 TOEKOMSTIGE WETGEVING (DE WET BIG)

In de meer dan 100 jaar die zijn verstreken na de invoering van de Wet van Thorbecke is nog een tiental andere wetten op het gebied van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg tot stand gebracht die bepaalde beroepen op verschillende wijze regelen. Geen van deze wettelijke regelingen biedt echter voldoende mogelijkheden om van overheidswege de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken, terwijl voor andere voor de gezondheidszorg belangrijke beroepen zelfs nauwelijks of geen regelingen van kracht zijn.

Omdat deze situatie onbevredigend werd geacht, is eind jaren '70 een voorstel tot wetswijziging ingediend: het Wetsontwerp Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Doel is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Met het van kracht worden van de Wet BIG zal (volgens artikel 3, EK92) het huidige systeem van beroepsbescherming worden vervangen door een stelsel van registratie en titelbescherming. Dit stelsel houdt in dat voor beroepen die daarvoor met het oog op hun belang voor de volksgezondheid in aanmerking komen, registers zullen worden ingesteld waarin beroepsbeoefenaren zich kunnen laten inschrijven. Voorwaarde voor registratie is dat de betrokken beroepsbeoefenaren voldoen aan de in de wet voor een dergelijke inschrijving te stellen eisen. De opleidingseisen zijn daarvan de belangrijkste; deze zullen voor elk in het kader van de Wet BIG te regelen beroep bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) worden vastgesteld. Ook het deskundigheidsgebied van deze beroepen zal worden omschreven. Door inschrijving in het register ontstaat het recht op het voeren van een wettelijke beschermde beroepstitel ('constitutieve registratie'). Hiermee kunnen de betrokken beroepsbeoefenaren zich aan het publiek bekend maken als door de overheid erkende deskundigen op een bepaald terrein van de gezondheidszorg. Beschermde beroepstitels hebben dus een belangrijke publieksvoorlichtende functie.

Behalve in deze constitutieve registratie voorziet het Wetsvoorstel BIG (volgens artikel 51) voor bepaalde beroepen

in een regeling van de opleiding en het deskundigheidsgebied. De beoefenaren van de aldus geregelde beroepen mogen wel een titel voeren, maar in dit geval worden geen registers bijgehouden en is de titel niet beschermd.

In het wetsvoorstel is een afzonderlijke paragraaf over specialismen opgenomen die een wettelijke grondslag geeft aan de reeds sinds jaar en dag bij artsen en tandartsen bestaande praktijk. De voorgestelde regeling op dit punt heeft een algemene geldigheid: zij is in beginsel ook voor andere dan medische en tandheelkundige specialismen van toepassing. Degenen die als specialist staan ingeschreven, zullen gerechtigd zijn om, naast hun beroepstitel, de desbetreffende specialistentitel te voeren.

Vermeldenswaard is voorts dat in het wetsontwerp wordt voorgesteld om per AMvB te bepalen voor welke beroepen periodieke herregistratie noodzakelijk is, dat het mogelijk wordt per AMvB regels te stellen voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening (inclusief inrichting van praktijkruimte, bijscholing, toetsing) en dat de tuchtrechtspraak zal worden vernieuwd en openbaar zal zijn*.

Zeer belangrijk is ten slotte dat volgens de nieuwe wetgeving in principe iedereen in Nederland geneeskundige handelingen zal mogen verrichten, met uitzondering van een aantal zogenaamde 'voorbehouden handelingen'; dit zijn handelingen die, wanneer ze op ondeskundige wijze worden uitgevoerd, gevaar kunnen opleveren voor de patiënt**. Beoefenaren van alternatieve behandelwijzen zullen dus in de toekomst op even legale wijze hun werkzaamheden kunnen verrichten als beoefenaren van reguliere beroepen in de gezondheidszorg; registra-

In eerste instantie alleen voor (tand)artsen, apothekers, verpleegkundigen, verloskundigen, klinisch psychologen en psychotherapeuten.

Tot 'voorbehouden handelingen' zijn in principe bestempeld: heelkundige handelingen, verloskundige handelingen, het verrichten van catheterisaties en endoscopieën, het geven van injecties, het verrichten van puncties, het onder narcose brengen, het gebruik maken van radio-actieve stoffen en het toedienen van ioniserende straling (zie GR88 en GR92).

tie, zelfs als specialist, wordt in beginsel mogelijk*.

5.3 CONCLUSIE

Met het van kracht worden van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) zal ieder die dit wenst legaal niet-voorbehouden geneeskundige handelingen kunnen verrichten. De patiënt krijgt hiermee een grote keuzevrijheid. Het is dan wel noodzakelijk dat de patiënt in de gelegenheid wordt gesteld de hem geboden keuze op verantwoorde wijze te maken. Gemakkelijk toegankelijke voorlichting alsmede goed gefundeerde registratiesystemen acht de commissie hiertoe onontbeerlijk.

Zij wijst er dan ook op dat de terugtrekkende overheid, die de verantwoordelijkheid legt bij patiënt, zorgverlener en verzekeraar, een rol zal moeten blijven spelen bij het ontwikkelen van randvoorwaarden voor het bereiken van een goed kwaliteitspeil van de verschillende behandelwijzen - danwei bij het ondersteunen van hierop gerichte initiatieven uit het veld. De commissie acht het bovendien van belang dat de overheid - i.c. de Geneeskundige Inspectie - ook onder de Wet BIG rechtstreeks benaderbaar blijft in geval van klachten betreffende het handelen van individuele therapeuten die niet onder het medisch tuchtrecht vallen.

De commissie verwacht dat met het van kracht worden van de Wet BIG en het opvolgen van het advies 'Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV90) de vraag 'bevoegd-onbevoegd' juridisch geen probleem meer zal zijn en praktisch geen probleem meer behoeft te zijn. Zij betwijfelt evenwel ten zeerste of ooit de discussie regulier-alternatief, wetenschappelijk-onwetenschappelijk, effectief-niet effectief tot een voor ieder bevredigend eind kan worden gebracht. In de hoofd-

Met het wegvallen van de Europese grenzen moet tevens rekening worden gehouden met de vestiging van in het buitenland opgeleide beroepsbeoefenaren. Gestreefd wordt wel naar een Europese basisopleiding voor alternatieve beroepsbeoefenaren (Ald89).

stukken 12 en 13 licht zij deze twijfels nader toe. De commissie hoopt met het onderhavig advies desalniettemin een bijdrage te kunnen leveren aan het denken over deze complexe materie.

ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE HEDENDAAGSE
MAATSCHAPPIJ

6.1 INLEIDING

De commissie heeft zich, in overeenstemming met de haar verstrekte opdracht, beraden op onderzoeksmethodieken met behulp waarvan de effectiviteit van (de verschillende stromingen in) de alternatieve behandelwijzen redelijkerwijs aantoonbaar zou kunnen worden gemaakt. In de gesprekken die hieromtrent in de verschillende werkgroepen zijn gevoerd, bleek al snel dat de gedachtenwereld van de alternatieven en de niet-alternatieven op zodanig wezenlijke punten verschilt, dat het buitengewoon moeilijk zou zijn een voor beide 'partijen' aanvaardbare onderzoeksmethodologie te ontwikkelen. Naarmate meer diepgaand over deze problemen werd gesproken, bleek de kloof in denkwijze en benadering tussen reguliere en alternatieve artsen eerder groter dan kleiner te zijn dan verwacht.

De commissie heeft zich verdiept in de oorzaken hiervan. Zij is tot de conclusie gekomen dat deze liggen in zowel de maatschappelijke context waarbinnen de respectievelijke behandelwijzen worden beoefend als in de wetenschapsopvattingen van waaruit dit geschiedt. Zij acht het daarom nuttig en ter zake dienend deze aspecten te betrekken in de beschouwingen over het onderhavige onderwerp. De maatschappelijke aspecten komen hieronder aan de orde; hoofdstuk 7 is gewijd aan de wetenschappelijke aspecten.

6.2 DICHOTOMIE IN MENTALITEIT

Omdat het moeilijk, wellicht onmogelijk, is één allesverklarende uitspraak te doen over de achtergronden van de be-

hoefte aan alternatieve behandelwijzen, wil de commissie vanuit verschillende gezichtspunten enkele opmerkingen maken betreffende de maatschappelijke aspecten van het verschil tussen alternatief en regulier in algemene zin.

De Commissie Muntendam heeft in haar in 1981 uitgebrachte advies (CAG81) een aantal factoren opgesomd die volgens haar mede ten grondslag zouden liggen aan het 'verzet tegen de medische monopolieregeling¹ dat er de oorzaak van is dat grote aantallen patiënten bij anderen dan artsen genezing blijven zoeken. Deze worden hieronder samengevat.

- 1 Door een aantal oorzaken is het ziektepatroon in Nederland sinds het midden van de 19 eeuw sterk gewijzigd (minder besmettelijke ziekten, meer chronische degeneratieve ziekten) .
- 2 In toenemende mate wordt aandacht geschonken aan de rol die psychische factoren spelen bij ontstaan, verloop en behandeling van klachten en ziekte. Men realiseert zich dat bij ziekten die (mede) onder invloed van dergelijke factoren zijn ontstaan medicamenteuze behandeling vaak geen resultaat heeft - en soms zelfs schadelijk is.
- 3 Steeds meer ervaart men dat het niet alleen of in de eerste plaats medici zijn die de in toenemende mate optredende schadelijke gevolgen van maatschappelijke omgevingsinvloeden op het welbevinden van de mensen herstellen.
- 4 De krachtige ontwikkeling van de geneeskunde, vooral gebaseerd op de onderzoeksresultaten in fysica, chemie en technische wetenschappen en de daaruit voortvloeiende steeds verder gaande specialisaties, hebben ertoe geleid dat de menselijke verhouding tussen arts en patiënt duidelijk van karakter is veranderd. Hierbij

heeft ook de toenemende bureaucratisering een rol gespeeld.

- 5 In de spaarzame gevallen waarin tot vervolging wegens onbevoegde uitoefening van de geneeskunst wordt overgegaan, zijn de strafmaatregelen dermate mild dat hiervan geen preventieve werking uitgaat. Daarnaast zien patiënten het medisch tuchtrecht door zijn ontgankelijkheid steeds minder als een garantie voor kwaliteit.
- 6 In veel West- en Noordepese landen bestaan wettelijke regelingen waarbij, met uitsluiting van bepaalde gespecialiseerde handelingen of de behandeling van bepaalde ziekten, ook anderen dan zij die daartoe door hun universitaire opleiding bevoegd zijn in de gelegenheid worden gesteld zelfstandig geneeskundige handelingen te verrichten.
- 7 In de afgelopen decennia is het rechtsgevoel in steeds bredere kringen van de bevolking gaan leven. De mensenrechten werden geformuleerd en het zelfbeschikingsrecht, onder meer over eigen lichaam en leven, kwam tot ontwikkeling. De massamedia bevorderen een en ander in sterke mate.

De commissie onderkent de invloed van de door de Commissie Muntendam aangegeven factoren. Zij signaleert tevens dat zich in de mentaliteit van de hedendaagse Nederlander steeds duidelijker een spanningsveld aftekent tussen enerzijds de appreciatie van de ontwikkelingen op het gebied van de technologie en de daaraan ontleende verworvenheden, en anderzijds een zeker onbehagen over de 'ontmenselijking' van het bestaan die de verdoorgevoerde technologie soms met zich meelijkt te brengen: men wil wel profiteren van de technologie maar is bang voor de begeleidende kilte die haar vaak wordt toegedacht (Bar88).

De alternatieve arts kan in dit dilemma uitkomst bieden: door zijn opleiding is hij op de hoogte van de moderne technieken, maar hij past - over het algemeen - bij diagnostiek en behandeling geen ingewikkelde, vreesaanjagende 'high-tech' hulpmiddelen toe. Zijn benadering, waarin ruimte is voor meeromvattende problemen in verband met ziekte zoals zingeving en het zoeken naar een samenhang met biografische* aspecten, sluit aan bij de behoefte van de moderne mens als uniek individu te worden erkend. Daar komt bij dat de therapie van de alternatieve arts, die vaak als 'natuurlijk' aangeduide geneesmiddelen voorschrijft, goed aansluit bij de sterk toegenomen belangstelling voor natuur en milieu.

Een ander aspect van de populariteit van alternatieve beroepsbeoefenaren is hun reputatie veel tijd en persoonlijke aandacht aan hun patiënten te besteden. Dit lijkt voor velen belangrijker dan het ontbreken van algemeen overtuigende verklaringen voor de resultaten van de alternatieve benadering van ziekte. De alternatieve therapeut lijkt hierdoor soms mede te functioneren als substituut voor de geestelijk verzorger (zie o.a. Dun87, Rol88).

De commissie acht het mogelijk dat de belangstelling voor alternatieve behandelwijzen tevens in de hand wordt gewerkt door de attitude van de moderne reguliere arts zelf, die steeds uitdrukkelijker, ook via de media, tegenover de patiënt uiting geeft aan de twijfels en onzekerheden waarmee de (medische) wetenschap in het algemeen en het eigen handelen in het bijzonder zijn omgeven. Daar komt bij dat de patiënt in vele gevallen ook eerlijke voorlichting als onzekerheid van de arts interpreteert. De alternatieve behandelaar daarentegen straalt over het algemeen overtuiging en zekerheid uit. Daarvanouds vertrouwen in de behandelaar een belangrijke bijdrage levert aan het genezingsproces (zie 10.5), is de toenemende publieke belangstelling voor en behoefte aan alternatieve behandelwijzen niet verbazingwekkend (Büg93).

Onder 'biografisch' wordt hier verstaan: 'betreffende de gefaseerde en gestructureerde levensloop die ieder mens heeft' (Ver83).

Ondanks de nadruk op de onzekerheden van de medische wetenschap, blijkt de vergevorderde technologie soms ook onrealistische verwachtingen van het medisch kennen en kunnen te wekken. Een bepaalde categorie patiënten, veelal lijdend aan ziekten en kwalen die met natuurwetenschappelijke methoden zijn te diagnostiseren noch te behandelen, wendt zich, teleurgesteld in de reguliere geneeskunde, hoopvol tot het alternatieve circuit.

Zoals ook door de Commissie Muntendam werd gesignaleerd, spelen de media bij deze ontwikkelingen een belangrijke rol. Enerzijds zijn veel mensen huiverig geworden voor autoritaire dokters, onwaarachtige voorlichting, gevaarlijke medicijnen, uitgestelde dood, nodeloos lijden en het winstbejag waartegen, sedert de jaren '70, openlijk wordt geageerd. Anderzijds worden (te) hoge verwachtingen gewekt van het medisch kennen en kunnen: niet alleen door de aandacht die wordt besteed aan spectaculaire resultaten van nieuwe ontwikkelingen, maar ook door de nadruk op de hoge kosten: al te gemakkelijk wordt geconcludeerd dat, als zoveel wordt geïnvesteerd, de opbrengst wel navenant zal zijn

Bovendien maakt alle aandacht voor gezondheid, ziekte en klachten en het allerwegen gepropageerde ideaalbeeld van 'fitness' de mensen meer bewust van hun eigen (on)gezondheid en onvolkomenheden; mede hierdoor is een cultureel klimaat ontstaan waarin eerder wordt toegegeven aan gevoelens van ziekzijn en ongemak en men sneller medische hulp zoekt. De regulier werkende arts kan gemakkelijk geïrriteerd en gefrustreerd raken door dergelijke patiënten met klachten-zonder-(aantoonbare) afwijkingen, hetgeen kan leiden tot ofwel een afwijzen van de patiënt met de mededeling 'er is niets aan de hand', ofwel tot onjuiste diagnoses, onnodige behandelingen en daardoor tot iatrogene ziekten. In beide gevallen resulteert dit in ontevreden patiënten - die vervolgens hun heil gaan zoeken in het alternatieve circuit.

De commissie realiseert zich dat maatschappelijke ontwikkelingen sterk in beweging zijn. Verwacht kan worden dat de

vooruitgang op technologisch gebied het boven gesignaleerde spanningsveld in de moderne mens nog zal versterken. Maar ook heeft de commissie kunnen constateren dat in de reguliere geneeskunde een verschuiving valt waar te nemen in denken, benadering en in de richting van het wetenschappelijk onderzoek. Men wordt zich meer en meer bewust van de invloed die de menselijke persoonlijkheid en autonomie kunnen hebben op het geneesproces; in toenemende mate wordt aandacht besteed aan aspecten als sociale steun en zingeving. Het medisch wetenschappelijk onderzoek sluit zich bij deze ontwikkelingen aan; men krijgt belangstelling voor onderwerpen als het welzijn van de patiënt (dat men poogt uit te drukken in kwaliteit van leven), stress, psycho-neuro-immunologie en placebo (zie hoofdstuk 10 en 13.3). Bovendien is duidelijk geworden dat men ook bij het reguliere patiëntgebonden onderzoek niet altijd uitkomt met een dubbelblinde opzet met placebo-controle (zie 10.3 en 12.5). Volgens de commissie onderstrepen deze ontwikkelingen het belang van serieuze aandacht voor de relatie tussen geneeskunde en cultuur (zie o.a. Hah83, Kua87, Moe79, Gee89, Pay90, Wul90) en, in nauwe samenhang hiermee, voor de beantwoording van de vraag naar 'de effectiviteit' van verschillende (alternatieve) behandelwijzen.

6.3 DICHOTOMIE IN DE POLITIEK

Ook in de politiek doet zich een innerlijke tegenstrijdigheid voor. Deze blijkt uit opmerkingen en vragen van politici: enerzijds wordt in de reguliere sector, in het kader van bezuinigingen en ter bestrijding en voorkoming van wildgroei, steeds krachtiger de roep om medische technology assessment en wetenschappelijke bewijsvoering gehoord (zie 12.9), anderzijds, als werd geïllustreerd in hoofdstuk 3, heeft men de neiging op alternatief gebied toe te geven aan de wensen van het publiek, al gaat dit tegen geleverde bewijsvoering in.

Kennelijk is een in alle opzichten zuiver rationele benadering niet functioneel in structuren waarin men te maken

heeft met het cryptische wezen 'mens' dat zelf niet altijd rationeel omgaat met ziekte en gezondheid. Over de diepere oorzaken hiervan kan de commissie slechts speculeren.

Wel realiseert de commissie zich dat ook electorale drijfveren het standpunt van politici inzake bepaalde onderwerpen kunnen beïnvloeden.

6.4 CONCLUSIE

De commissie meent te kunnen stellen dat de huidige hang naar alternatieve behandelmethoden als zodanig een exponent is van een algemene trend in het hedendaagse leven: men wil graag wetenschap, men wil ook graag wetenschappelijk behandeld worden, maar zoekt daarbij tevens waardering van zijn gevoelens en zijn subjectieve neigingen tot irrationaliteit - die weliswaar niet zonder meer te rijmen zijn met de wetenschappelijke denktrant, maar waarvan het bestaan niet kan worden ontkend. Van de alternatieve beroepsbeoefenaren wordt verwacht dat zij voorzien in de behoefte die uit deze ambivalentie voortspruit.

De tweeslachtigheid van deze behoefte doet de commissie concluderen - en de in 4.1 weergegeven CBS-cijfers staven zulks - dat alternatieve behandelwijzen voor het merendeel van de patiënten niet als substituut voor het regulier medisch handelen kunnen fungeren.

ASPECTEN VAN WETENSCHAP

7.1 WAT IS WETENSCHAP?

'Wetenschap' is een veelzijdig en gecompliceerd verschijnsel, waarin elementen en aspecten waarover consensus bestaat voorkomen naast, en vaak zelfs vloeiend overgaan in, onderdelen waarover onder deskundigen geen eenstemmig oordeel bestaat. Een alles omvattende definitie van 'wetenschap' bestaat dan ook niet en zal vermoedelijk nooit geformuleerd kunnen worden; een algemeen aanvaarde omschrijving van het begrip 'wetenschap' bestaat evenmin. De commissie kan dan ook niet eenvoudig samenvatten wat 'wetenschap' is en in hoeverre alternatieve behandelwijzen in het beeld van 'wetenschap' passen.

Daar het de taak is van de Gezondheidsraad te adviseren omtrent de 'stand van wetenschap', ziet de commissie zich evenwel genoodzaakt vanuit verschillende invalshoeken enige opmerkingen over dit onderwerp te maken.

Een globale, praktisch bruikbare omschrijving van 'wetenschap' is gegeven door Bertels (Ber83): 'het systematisch geordende geheel van kennen, getoetst door middel van methodologisch onderzoek om dat geheel te verifiëren'.

Aan dit 'systematisch geordende geheel van kennen' zijn van oudsher bepaalde kenmerken toegeschreven, zoals: algemeen, abstract, kritisch, onderschikking van feiten aan algemene gronden. Ook kwaliteiten als dynamiek, vooruitgang, ontwikkeling worden essentieel geacht.

Aan wetenschap is een grote variatiebreedte te onderkennen: aan de ene kant staan de exacte bèta- of natuurweten-

schappen, aan de andere kant de alpha- en gammawetenschappen die zich bezighouden met gebieden waar minder zekerheden heersen, zoals de menselijk-sociale werkelijkheid.

Aan alle 'wetenschap' is echter inhaerent dat zij geen andere 'waarde' kent dan (het streven naar) kennis, onafhankelijk van enigerlei morele, esthetische of andersoortige waardering. Ook in de wetenschap omtrent de wetenschap - wetenschapsfilosofie/methodologie, wetenschapssociologie, wetenschapsdynamica - is dit streven te onderkennen. Aan het verschijnsel 'wetenschap' is dan ook onverbrekkelijk verbonden het voortdurend kritisch zijn, bijsturen, zichzelf ter discussie stellen; wetenschap en wetenschapsfilosofie gaan wat dit betreft vloeiend in elkaar over. Wetenschapsfilosofie en methodologie geven aan hoe kennis moet worden verworven en welke methoden daarbij moeten worden gevolgd danwei niet mogen worden gevolgd (zie ook 7.3). Lastrucci acht het aspect 'methode' dermate essentieel dat hij wetenschap definieert als: 'een objectieve, logische en systematische methode van analyse van verschijnselen met het doel betrouwbare kennis te verzamelen' (Las73). De commissie gaat hierop nader in in de hoofdstukken 8 'De wetenschappelijke methode' en 9 'Kwaliteitscriteria voor effectonderzoek'.

7.2 DOELSTELLING VAN WETENSCHAP

Als doelstelling van de wetenschap geeft Segers aan: 'het inzichtelijk maken van de bestudeerde verschijnselen door daarover kennis van algemene aard te verschaffen'. Simpelere geformuleerd: het pogen problemen op te lossen, waarbij 'problemen' worden omschreven als 'kennistekorten omtrent bepaalde verschijnselen' (Seg77).

De Groot omschrijft het streven van degene die wetenschap beoefent als volgt: 'De wetenschapsbeoefenaar tracht in zijn sector de verschijnselen die zich door ervaringsprocessen aan hem voordoen, systematisch te beschrijven, te ordenen, te registreren, te begrijpen, te verklaren; daarbij is hij er in het bijzonder op gericht nieuwe verschijnselen te kunnen voor-

spellen, om ten slotte via die voorspelbaarheid de sector in kwestie te kunnen beheersen, c.q. de verschijnselen te kunnen beïnvloeden' (Groöl). Ook in deze bewoordingen komen essentiële aspecten van wetenschap naar voren: het voorspellen van nieuwe verschijnselen en het verlangen van de wetenschapsbeoefenaar verschijnselen te beïnvloeden. Kernpunt is dat 'wetenschap' berust op cumulatie van kennis: elke volgende stap moet meer empirische verschijnselen kunnen verklaren en meer kunnen voorspellen.

Tegenover de ideale voorstelling van het wetenschapsproces als kritische tocht naar de 'waarheid' kan men de meer alledaagse realiteit plaatsen van wetenschap als maatschappelijke factor, waarin de strijd om status en om begeerde budgetten, de stroomlijning of zelfs creatie van een wetenschappelijke theorie om tot een verdrag te komen met heersende machten een rol spelen (Ber83, zie ook 7.7).

7.3 VERSCHILLENDE STROMINGEN

De opvattingen van De Groot (zie 7.2) sluiten aan bij de wetenschapsfilosofische stroming van het kritisch rationalisme dat omstreeks 1930 door Popper naar voren werd gebracht als vervolg op het (neo)positivisme van het begin van deze eeuw (Pop35,59). De aanhangers van het (neo)positivisme waren overtuigd dat de taak van de wetenschap beperkt is tot de betrouwbare, precieze en zo ondubbelzinnig mogelijke beschrijving van met de zintuigen waargenomen fenomenen (de 'positieve' feiten). 'Metafysische bestanddelen' moesten worden uitgebannen. De logica werd als welkom hulpmiddel gezien ter zuivering van filosofie en wetenschap (Stö85).

Volgens het kritisch rationalisme worden wetenschappelijke theorieën door de ratio ontworpen, maar moeten ze in de empirie kritisch op de proef worden gesteld; bovendien kunnen argumenten (de ratio) de ene theorie boven de andere doen prevaleren. Het kritisch rationalisme is verder uitgewerkt door onder anderen Lakatos (Lak70).

De aanhangers van het kritisch rationalisme zijn van

mening dat de wetenschapsleer de activiteiten van onderzoekers en de resultaten van wetenschapsbeoefening moet analyseren en reconstrueren door uitsluitend te letten op de rationele kenmerken van het wetenschappelijk onderzoek en niet op kenmerken die verband houden met de onderzoekers of de omstandigheden. Men bekijkt de wetenschap in de zogenaamde 'context of justification'. In de 'context of justification' stelt men zich de vraag hoe bepaalde wetenschappelijke uitspraken kunnen worden gekarakteriseerd, verdedigd en bekritiseerd. De argumenten die men ter beantwoording nodig heeft, bevatten aspecten van algemeen wetenschappelijk aard - die op zichzelf aan discussie onderhevig zijn en dus eerst opgehelderd moeten worden. Overwegingen in de 'context of justification' zijn normatief van aard; zij worden gestuurd door de logica (Cor85).

Hoewel het kritisch rationalisme de laatste decennia de belangrijkste wetenschapstheoretische opvatting is (zie o.a. Wes82, Cor85), bestaan over 'wetenschap' ook heel andere opvattingen. Anders dan het kritisch rationalisme hechten die meer waarde aan de specifieke aard van de verschillende objecten van wetenschappelijk onderzoek (zoals moleculen, levende organismen, psyche, onbewuste, kunst, ideologie). Aanhangers van deze opvattingen stellen dat een alles gelijkschakelende onderzoeksmethode aan deze geschakeerdheid nooit recht zou kunnen doen. Dergelijk antirationalistisch, kwalitatief denken was belangrijk in de romantiek (circa 1800), toen men de waarneembare, empirisch meetbare kant van verschijnselen slechts beschouwde als de laag der symptomen of als symbolische code van een meer eigenlijke, ideële 'binnenkant' of kern; verschijnselen in natuur of geschiedenis zouden pas werkelijk informatief zijn wanneer deze werden benaderd als een organisch geheel van eigenschappen en verhoudingen, als een totaliteit, ontoegankelijk voor diegene die alles direct wil demonteren en terugbrengen tot geïsoleerde elementen (Ber83).

Aspecten van deze benadering vindt men terug in de opvatting die ook in de moderne tijd aanhangers heeft (Kuhn, Feyerabend, Habermas), namelijk dat men bij het analyseren en reconstrueren van wetenschappelijke activiteiten wel degelijk

ook rekening moet houden met de eigenschappen van de onderzoekers en met de omstandigheden waaronder het onderzoek plaatsvindt. Men spreekt dan van een 'context of discovery'. Een analyse in de 'context of discovery' geeft een beschrijving van wetenschapsbeoefening zonder de vraag naar de eventuele juistheid van de als 'wetenschappelijk' gepresenteerde argumentatie aan de orde te stellen. Dergelijke beschouwingen zijn dus descriptief van aard; zij hebben een sociologische en/of psychologische inslag (Cor85).

Wezenlijke verschillen in de benadering van 'wetenschap' en wetenschapsbeoefening spelen mede een rol bij de problemen die zich voordoen bij het opzetten en uitwerken van voorstellen voor wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen. De moderne reguliere geneeskunde neemt een voornamelijk kritisch-rationalistisch standpunt in; reguliere wetenschapsbeoefenaren zullen over het algemeen wetenschappelijk onderzoek zien in de 'context of justification', vanuit het uit rationaliteitsoverwegingen opgebouwde kader dat in de loop der eeuwen is ontstaan. De benadering van de alternatieve beroepsbeoefenaren sluit eerder aan op het wetenschapsidee van de romantiek; zij zullen vooral (zie de kenmerken van hun methode, 1.6) veel waarde hechten aan de 'context of discovery'.

7.4 VERSCHILLENDE PARADIGMATA?

In beschouwingen over alternatieve behandelwijzen wordt vaak het door Kuhn in zijn boek 'The Structure of the Scientific Revolutions' (Kuh62) geïntroduceerde begrip 'paradigma' gebruikt. Hiermee wordt dan bedoeld dat 'alternatieven' uitgaan van een ander mens- en wereldbeeld dan uitsluitend regulier opgeleide beroepsbeoefenaren en dientengevolge denken en handelen overeenkomstig uit die andere belevingswereld voortgekomen normen en waarden.

Dit standpunt kan de commissie delen (zie 12.1): de alternatieve benaderingen sluiten niet aan op de opvattingen

van de reguliere medische wetenschap; zij kunnen daarmee dan ook niet op één lijn worden gesteld.

De commissie acht het echter niet correct om de verschillende alternatieve stromingen aan te duiden als evenzovele, naast het 'reguliere paradigma' bestaande, wetenschappelijke paradigmata. Zij wijst erop dat het begrip 'paradigma' in de loop der jaren te pas en te onpas en in zeer verschillende context is gebruikt en dat daardoor een duidelijke inflatie van het begrip is opgetreden.

Kuhn zelf heeft overigens nooit een scherpe definitie geformuleerd van hetgeen hij onder 'paradigma' verstaat. Door Masterman zijn in de eerste oplage van 'The Structure of the Scientific Revolutions' twintig verschillende betekenissen gevonden (Mas70). Dit heeft tot veel kritiek geleid, waarop Kuhn via een 'postscript' heeft gereageerd met een splitsing in een primaire betekenis (namelijk: een serie geslaagde voorbeelden van probleemoplossingen) en een secundaire, bredere betekenis, waarin hij het begrip 'paradigma' aanduidt als een kader bestaande uit 1) een stelsel begrippen, theorieën en verklaringen, 2) metafysische geloofsovertuigingen en 3) eisen die aan onderzoek moeten worden gesteld (Kuh70). Zowel de primaire als de secundaire betekenis van het begrip paradigma duiden op wetenschapsbeoefening en wetenschappelijk onderzoek.

Volgens de secundaire betekenis werken onderzoekers binnen de door het kader aangegeven grenzen; de uitgangspunten worden niet ter discussie gesteld. Binnen de grenzen is sprake van gestage groei van kennis; de resultaten van onderzoek worden toegepast in de praktijk (Cor85). Het regulier medisch handelen sluit aan op deze omschrijving: men past de - steeds toenemende - kennis toe die met behulp van wetenschappelijk onderzoek wordt vergaard in het kader van de medische wetenschap. Daarom kan in dit geval worden gesproken van een 'wetenschappelijk paradigma' of 'onderzoekstraditie'. Bij de alternatieve stromingen is geen sprake van een dergelijke groei van kennis noch van enige onderzoekstraditie - en daarmee evenmin van een 'paradigma' zoals boven omschreven.

Teneinde misverstanden te vermijden, wil de commissie

het woord 'paradigma' verder niet gebruiken. Zij geeft er de voorkeur aan, al naar gelang de context, te spreken van 'onderzoekstraditie' of van 'wetenschapsopvatting', 'kader van denken en doen' of van 'mens- en wereldbeeld'.

7.5 VERSCHILLENDE METHODEN?

Aan het begin van deze eeuw zijn uitvoerige filosofische debatten gevoerd over het bestaansrecht van eigen methoden in de sociale wetenschappen, de cultuur en de geschiedenis tegenover de natuurwetenschappelijke methode: 'verstehen' versus 'erklaren' (zie o.a. Cor85).

Deze discussies hebben er in meer recente tijden (via Wittgenstein, de Wiener Kreis, Popper, Kuhn en Feyerabend) toe geleid dat men overtuigd is geraakt dat ook een beschouwing van buitenaf op het verschijnsel wetenschap nodig is en dat een dergelijke beschouwing verband dient te leggen tussen theoretische kennisinhoud en sociale of sociologische factoren (zie 7.6).

Feyerabend betreft ook de politiek in de discussie: hij stelt dat door het naast en tegenover elkaar staan van methodische praktijken veelzijdigheid en vooruitgang worden gestimuleerd en dat daardoor valse autoriteitskwesties worden tegengegaan (Fey75). Volgens hem kunnen wetenschappelijk gezag en maatschappelijke macht niet los van elkaar worden gezien; daarom zou alleen methodisch pluralisme garanderen dat aanhangers van alle tradities gelijke toegang krijgen tot de machtscentra (Fey78).

De commissie wijst er - vooruitlopend op hetgeen volgt - reeds op deze plaats op dat, ook als methodisch pluralisme wordt bepleit, dit niet inhoudt dat de verschillende methoden niet alle zouden moeten voldoen aan de voor een wetenschappelijke methode algemeen geldende regels.

7.6 POSTMODERNISME

De huidige tijdgeest wordt gekenmerkt door een zodanige heterogeniteit en pluriformiteit, dat verschillende filo-

sofen aan het einde van de jaren tachtig ook in een methodisch pluralisme geen uitkomst meer zien. Zij herontdekken het begrip 'postmodernisme', waarmee wordt aangegeven dat ook de wetenschap, de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, de daarmee verband houdende 'forum-functie' en het streven naar consensus van wetenschappelijke onderzoekers niet als maatgevend voor het handelen mogen worden beschouwd, maar als principieel relatief moeten worden gezien (Fie77, Has80,87, Loo90).

In zijn boek 'La condition postmoderne' concludeert de Franse filosoof Jean Francois Lyotard dat de waarheid of onwaarheid van kennis steeds onbelangrijker is geworden. Wat nog slechts telt is of kennis nut heeft en het prestatievermogen verhoogt. Lyotard noemt het typisch 'modern' om op deze constatering van het verloren gaan van zekerheid en eenheid in kennis te reageren met de eis om een nieuw en omvattend 'verhaal'. Volgens Lyotard kan men, in plaats van te streven naar eenheid en zekerheid, het beste leren accepteren dat er geen ultieme zekerheden zijn. Dat voorkomt in zijn ogen ideologische en politieke terreur (Lyo79). Met een dergelijk postmodern standpunt komt tevens de traditionele legitimatie voor de wetenschapsontwikkeling te vervallen: indien de wetenschappen steeds minder op waarheid en steeds meer op het 'maatschappelijk belang' gericht zijn, verliezen wetenschappelijke verklaringen 'de waas van onaantastbare objectiviteit' (Loo90) waarmee zij in het verleden omgeven waren en daarmee hun functie als - wetenschappelijk, maar ook maatschappelijk - houvast. Vele postmoderne auteurs wijzen dan ook op de mogelijkheden die zich voordoen nu de mens onder de 'terreur van de rede' uit kan komen.

Omdat de postmoderne cultuur geen vaste criteria of waarden meer biedt waarnaar men het leven kan richten, is door critici de vrees geuit dat niet degene met de beste argumenten of met de meest nastrevenswaardige idealen, maar 'degene met de grootste mond en de sterkste ellebogen' (Loo90) het voor het zeggen zal krijgen.

De commissie meent een samenhang te onderkennen tussen het boven getypeerde postmoderne geestelijke klimaat en de

bloei van alternatieve behandelwijzen. Zij wijst er echter op flat het erkennen van het bestaan van een postmoderne filosofie niet betekent dat de commissie een 'postmodern' of hoe dan ook benoemd principieel relativisme voor de reguliere geneeskundige praktijk acceptabel zou achten. In een vakgebied waar dagelijks verstrekende uitspraken moeten worden gedaan die - vaak letterlijk - een zaak van leven of dood betreffen, kan en mag een dergelijk principieel relativisme geen inzet zijn.

7.7 WETENSCHAP EN MAATSCHAPPIJ

Voor al het werk van Kuhn heeft geleid tot de algemene erkenning dat de wetenschap de werkelijkheid niet kan weergeven, maar dat datgene wat als 'werkelijkheid' wordt beschouwd, wordt bepaald door het theoretisch kader van de waarnemer (zie ook 7.3 en 12.1). Dit geldt voor alle takken van wetenschap.

Beoefenaren van de bètawetenschappen worden bij de ontwikkeling van theoretische modellen en concepten mede beïnvloed door de in de maatschappij gangbare denkbeelden over de natuur waarmee zij zijn groot gebracht. De herkenbaarheid die dat tot gevolg heeft, maakt dat hun theorieën kunnen aanslaan en maatschappelijk invloedrijk worden.

In de sociale wetenschappen wordt wel gesteld dat de interpretatie van de onderzoeker niet alleen afhankelijk is van zijn eigen theoretisch kader, maar ook van de interpretatie van de onderzochten (Wid89). Dit geldt ook voor een therapeutische situatie: de interpretatie van de arts is afhankelijk van diens theoretische kader, maar wordt tevens beïnvloed door de interpretatie van de patiënt. Dit betekent dat ook de geneeskunde en de medische wetenschap zich niet los kunnen maken van de ontwikkelingen in de maatschappij en van de ideeën over gezondheid en ziekte die in de maatschappij leven. Zij zijn daarvan zelfs afhankelijk, zowel voor hun maatschappelijke acceptatie als voor verdere wetenschappelijke ontwikkeling (zie ook Gel91). Uit hoofdstuk 6 zal duidelijk zijn geworden dat maatschappelijk belangrijke thema's van grote invloed zijn op de richting waarin (medische) hulp wordt gezocht. Ook het

omgekeerde geldt: slechts medisch handelen dat aansluit bij de opvattingen die in de maatschappij leven, zal worden geaccepteerd (zie ook hoofdstuk 12). Dit betekent dat medici moeten deelnemen aan maatschappelijke debatten; daarbij blijkt hoe nauw het medische en het ethische - dus dat wat de maatschappij als moreel verantwoord beschouwt - gezichtspunt zijn verweven. Op de manier waarop verschillende interpretatiekaders elkaar in de praktijk beïnvloeden, kunnen methoden uit de alfa- en gammawetenschappen licht werpen.

De verwevenheid van wetenschap en maatschappij betekent overigens niet dat alle menselijke gedragingen zouden worden geleid door wetenschappelijke kennis. Zo functioneert de mens op ideologisch gebied (politiek, religie, moraal, kunst enz) meestal alleen overeenkomstig zijn overtuiging of 'geloof'. Met kracht geponeerde argumenten kunnen overtuigen zonder verdere objectieve bevestiging; de algemene indruk die een argument maakt, kan voldoende reden zijn om het te accepteren of te verwerpen.

De nauwe relatie tussen wetenschap en maatschappij betekent evenmin dat wetenschap niet tevens een zelfstandige maatschappij-kritische functie vervult.

7.8 WETENSCHAPPELIJK - NIET WETENSCHAPPELIJK

In 7.1 werd gesteld dat het niet mogelijk is een alles omvattende of een algemeen aanvaarde definitie of omschrijving van 'wetenschap' te geven. Maar ook het zogenaamde 'demarcatiecriterium' is omstreden: wat is het dat wetenschap onderscheidt van niet-wetenschap, zoals geloof, mythe, of alleen maar on-zin? Over de criteria die bij het maken van dit onderscheid kunnen worden gehanteerd (verificatie, confirmatie, falsificatie, consensus in een wetenschappelijke groep, toetsbaarheid of het voorspellend vermogen van een theorie) bestaat eveneens verschil van mening (Kru90).

Volgens De Groot (Gro61) heeft het onderscheid tussen wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke hypothesen, theorieën en bevindingen betrekking op de eisen die daaraan worden

gesteld. In de empirische wetenschappen* moet een theorie aangeven op welke empirische verschijnselen zij betrekking heeft, zij moet logisch, consistent en zo eenvoudig mogelijk zijn en bovenal moet zij toetsbaar zijn.

Metafysische, politieke en religieuze theorieën voldoen soms aan een aantal van deze criteria, maar pretenderen in het algemeen toch niet wetenschappelijk van aard te zijn.

De commissie gaat niet in op de achtergronden van deze discussies; daarover is (zeer) veel litteratuur beschikbaar. Zij volstaat met het formuleren van een aantal algemene regels en voorwaarden ('spelregels') waaraan een methode moet voldoen, wil deze als 'wetenschappelijk' kunnen worden aangemerkt (zie ook bijlage VII).

Onder empirische wetenschappen verstaat de commissie wetenschappen die streven naar empirische kennis; onder empirische kennis wordt verstaan: kennis die berust op of voortkomt uit ervaring, met bijzondere aandacht voor de overdraagbaarheid van deze kennis.

DE WETENSCHAPPELIJKE METHODE*

8.1 ENKELE BEGRIPPEN

In paragraaf 7.1 werd de door Lastrucci geformuleerde definitie van wetenschap aangehaald: 'een objectieve, logische en systematische methode van analyse van verschijnselen, met de bedoeling betrouwbare kennis te verzamelen' (Las73). Alvorens in te gaan op de 'wetenschappelijke methode' en de aanpak van wetenschappelijk onderzoek, worden hieronder enkele in deze definitie genoemde begrippen toegelicht.

Objectief

Men mag verwachten dat onderzoek naar een bepaalde behandelwijze leidt tot conclusies die op hun betrouwbaarheid kunnen worden getoetst. Dit betekent dat onderzoek - en alle daaruit voortvloeiende uitspraken - vrij dient te zijn van persoonlijke waardering. Onderzoeksresultaten die gekleurd zijn door persoonlijke vooringenomenheid en willekeur kunnen niet worden toegevoegd aan het bestand van betrouwbare kennis. De onderzoeker dient daarom aan te tonen hoe en waarom zijn onderzoek heeft geleid tot de gedane uitspraken. Hij mag zich daarbij slechts beroepen op voor eenieder kenbare en te toetsen inzichten. Naarmate in een onderzoek meer gebruik wordt gemaakt van niet-objectieve gegevens, wordt het onderzoek beschouwd als 'minder wetenschappelijk'.

De aan een wetenschappelijke methode gestelde eis van objectiviteit betekent overigens niet dat subjectieve verschijnselen zoals menselijke houdingen, opvattingen en waar-

Ook in verschillende werkgroep-rapportages (bijlage XI t/m XVI) wordt op dit onderwerp ingegaan.

den, niet ook wetenschappelijk zouden kunnen worden onderzocht (Web21).

Teneinde objectieve toetsing mogelijk te maken, dient iedere stap in onderzoek en concludering te worden verantwoord. Wetenschappelijk onderzoek krijgt gezag door het bevestigen van argumenten met steeds meer, voor ieder toegankelijke argumenten en empirische bevindingen. Algemeen gekoesterde ideeën, het goede vertrouwen of veronderstellingen die niet worden getoetst hebben in het wetenschappelijk onderzoek geen gezag.

Logisch

De gedachtengang achter en de opzet van een onderzoek dienen in overeenstemming te zijn met de erkende regels van de logica en de methodenleer. Dit vereist bekwaamheid in het systematisch ordenen van feiten, theorieën, instrumenten en procedures - die onderling op een rationele manier moeten zijn verbonden.

Met een logische gedachtengang en het trekken van conclusies hangen samen de begrippen 'deductie' en 'inductie'. Onder deductie wordt verstaan: een redenering van het algemeen geldige tot het bijzondere, ofwel het gebruiken van een (algemene) wet, wetmatigheid of regelmatigheid* om een (bijzondere) situatie te verklaren of te voorspellen.

Het omgekeerde van deductie is inductie: een redenering van het bijzondere tot het algemeen geldige. Anders gezegd: het extrapoleren van bekende en geverifieerde feiten van een bepaalde klasse naar onbekende en nog ongeverifieerde feiten van diezelfde klasse (Las73, Cor85). In de dagelijkse praktijk is

In de praktijk komt het verschil tussen 'wet', 'wetmatigheid' en 'regelmatigheid' neer op het verschil tussen het strakke 'indien dit, dan dat' van een wet en het niet onmiddellijk door een uitzondering op de regel aangetaste 'indien dit, dan waarschijnlijk dat ...' van een wetmatigheid of regelmatigheid. Bij bestudering van behandelingsresultaten in de geneeskunde worden steeds meer de menswetenschappen betrokken. Dit heeft tot gevolg dat op dit gebied eerder sprake is van de wat zwakkere wetmatigheden dan van harde eenduidige wetten.

sprake van inductie wanneer men oordeelt over een situatie op basis van ervaring met voorgaande en waarschijnlijk gelijke situaties.

Van Melsen heeft erop gewezen dat elk experiment noodzakelijkerwijs inductie inhoudt. De stoffelijke wereld heeft een 'species-individu structuur': ieder afzonderlijk stoffelijk ding of ieder afzonderlijk stoffelijk gebeuren representeert tegelijkertijd een soort (Mel55). Volgens de inductieve redenering is het dan ook wetenschappelijk verantwoord bij een beschouwing van interacties tussen behandelaar en individu kenmerken van het individu te extrapoleren naar de 'mens' in het algemeen. Ook door anderen is de belangrijke rol die inductie in de wetenschap speelt naar voren gebracht (zie bijvoorbeeld Cor85).

Popper echter bestrijdt deze centrale plaats van inductie in de wetenschap, omdat generalisaties nooit een echt rationele basis zouden kunnen hebben (Pop59). Hoewel hij niet ontkent dat een onderzoeker langs inductieve weg tot interessante hypothesen kan komen, benadrukt hij dat elke inductieregel gerechtvaardigd moet worden en elke hypothese getoetst. Volgens Popper doet men zulks niet door te zoeken naar ondersteuning van de hypothese, maar door te pogen haar te weerleggen ('falsificeren' Pop59; zie ook Wes82, Cor85, Stö85),

De commissie deelt de visie dat een wetenschappelijk proces bijna altijd inductief verloopt; zij is echter tevens van oordeel dat de bewijsvoering of toetsing via deductie dient te geschieden.

Systematisch

Het is van belang dat onderzoek, behalve objectief en logisch, systematisch wordt uitgevoerd. Dit betekent dat de verschillende stappen in het onderzoek geordend en in samenhang moeten worden doorlopen en afgewerkt.

8.2 KLINISCHE BLIK

De nadruk op het wetenschappelijke karakter van wetenschappelijk onderzoek kan de vraag oproepen welke de plaats van de 'klinische blik' of het 'Fingerspitzengefühl' daarin zou zijn.

Zoals in 1.3 werd gesteld, ligt ook aan de klinische blik een proces van geldige informatieverwerking ten grondslag dat is gebaseerd op kennis, begrip en ervaring. Dat intuïtieve processen een onmisbare component van de klinische blik vormen, zal voor geen enkel wetenschappelijk onderzoek een belemmering zijn. Men mag zich evenwel niet laten verleiden bij een wetenschappelijk onderzoek, met een beroep op de klinische blik, bepaalde in het protocol voorgeschreven stappen over te slaan.

8.3 CAUSALITEIT

Een van de belangrijkste problemen waarop een wetenschappelijk onderzoeker stuit, is het vaststellen van oorzake-lijkheid (zie ook hoofdstuk 9 en 12.6). De wetenschapsbeoefenaar, die zich bezighoudt met het systematisch beschrijven en ordenen van verschijnselen en het opstellen van verklaringen en voorspellingen (zie 7.2), is niet zonder meer overtuigd dat een factor werkelijk de oorzaak is van - dat wil zeggen: onveranderlijk resulteert in, of verantwoordelijk is voor - het optreden van een andere factor alleen maar omdat de tweede geregeld op de eerste volgt, of omdat beide altijd in eikaars aanwezigheid voorkomen (voor een voorbeeld: zie bijlage VIII). Toch is de consistentie van het samengaan van zulke verschijnselen voor veel niet-wetenschapsbeoefenaren voldoende 'bewijs' om tot het bestaan van een causale relatie tussen deze gebeurtenissen te besluiten. Op grond van zulke consistenties, of ze nu een individuele of een culturele ervaring zijn, worden populaire denkbeelden over causaliteit bevestigd en versterkt.

Een wetenschappelijke methode benadert bij voorkeur

het probleem van de oorzakelijkheid door het bepalen van a) het type van de relatie die bestaat tussen verschijnselen, b) de noodzakelijke of voldoende voorwaarden die aan de bepaalde verschijnselen zijn gerelateerd, en c) de mate van onderlinge samenhang die tussen twee of meer verschijnselen is gevonden, in termen van waarschijnlijkheid van optreden (Las73). Voor dergelijke causaliteitsbepalingen zijn verschillende kwantitatieve systemen ontwikkeld, waarin zowel positieve als negatieve causale relaties kunnen worden beoordeeld (zie bijvoorbeeld Jon89).

De commissie licht in hoofdstuk 9 toe wat deze eisen betekenen voor het opzetten en beoordelen van wetenschappelijk onderzoek.

8.4 TOETSBAARHEID

De eis van toetsbaarheid - benadrukt in verschillende definities van wetenschap (zie hoofdstuk 7) - houdt in dat een theorie kan worden verworpen op grond van empirische feiten. Een theorie zal vervangen worden door een nieuwe theorie als deze dezelfde en daarboven nog andere empirische feiten kan verklaren als de oude theorie. Hierdoor ontstaat de cumulatie van kennis die in 7.2 het kernpunt van wetenschap werd genoemd en die er toe leidt dat met behulp van een wetenschappelijke methode steeds meer kan worden verklaard en steeds nauwkeuriger voorspellingen kunnen worden gedaan die steeds vruchtbaarder kunnen worden toegepast (Mel82).

8.5 WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK VAN EEN BEHANDELWIJZE:

METHODEN UIT DE ALPHA-, BÈTA- EN GAMMAWETENSCHAPPEN Hoewel volgens vooraanstaande denkers als Popper, Carnap, Hempel, Nagel wetenschapstheoretisch geen principiële verschillen bestaan tussen alpha- (geestes-), bèta- (natuur-) en gamma- (sociale) wetenschappen, worden in deze wetenschapsgebieden wel verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd (bijvoorbeeld een chemische analyse versus een vragenlijst). De

commissie is van mening dat, door gebruik te maken van methoden uit de alpha-, bèta- en gammawetenschappen, een behandelwijze zodanig kan worden onderzocht dat haar zoveel mogelijk recht wordt gedaan. Primair zal een analyse van die behandelwijze zijn.

Methoden uit de bèta-wetenschappen hebben een belangrijke plaats bij biochemische, farmacologische en fysische bepalingen, bij de toepassing van medische hulpmiddelen en beeldvormende technieken en bij invasieve behandelmethoden. Indien echter blijkt dat bij een bepaalde therapeutische benadering de interactie tussen behandelaar en patiënt van groot, zo niet doorslaggevend belang is (zie ook hoofdstuk 10), zal de methode die men wil toepassen ter bepaling van het effect van de behandeling voor een belangrijk deel op deze interactie gericht moeten zijn. Dergelijke methoden zijn in de gammawetenschappen ontwikkeld en beproefd. Om de eigenlijke klacht van de patiënt te analyseren ('het verhaal achter het verhaal') heeft men tevens methoden uit de alphawetenschappen van node.

8.6 CONCLUSIE

De commissie bepleit bij wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen methoden uit de alpha, bèta- en gammawetenschappen toe te passen.

Zij waarschuwt echter voor wat door beoefenaren van alternatieve behandelwijzen, in navolging van de Commissie Muntendam (zie bijlage I), wel 'aangepaste methodologie' wordt genoemd. Deze betiteling zou de suggestie kunnen wekken dat, gezien de complexiteit van wetenschappelijk onderzoek op dit gebied, zou kunnen of moeten worden volstaan met onvoldoende of niet gevalideerde methoden. De Regering heeft er destijds al op gewezen (zie de adviesaanvraag, 1.1) dat van een dergelijke aanpak in wetenschappelijk onderzoek nimmer sprake kan zijn. Wel mag het in de wetenschap als vanzelfsprekend worden beschouwd dat een probleem - ofwel een tekort aan kennis - wordt benaderd volgens de wetenschappelijke methode die daar-

voor geschikt is, ongeacht het vakgebied. Het moge overgens duidelijk zijn dat ook wetenschappelijke methoden zich, met het voortschrijden der wetenschap, verder ontwikkelen.

Enkele elementaire regels voor het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek zijn samengevat in bijlage VII,

KWALITEITSCRITERIA VOOR EFFECTONDERZOEK

9.1 METHODOLOGIE

Methodologie is geen normatieve wetenschap in die zin dat eens en voor altijd regels worden geformuleerd volgens welke wetenschap en onderzoek zouden moeten worden bedreven. Methodologie tracht slechts expliciet te maken welke werkwijzen nuttig zijn bij de wetenschapsbeoefening. Dit algemene karakter heeft tot gevolg dat de strekking van handboeken uit de verschillende vakgebieden waarin dit onderwerp aan de orde wordt gesteld sterk overeenkomt. Voor de geneeskunde kan in dezen worden verwezen naar het boek van Sackett, Haynes en Tugwell: *Clinical Epidemiology, a basic science for clinical medicine* (Sac85). Ook in de sociale en gedragswetenschappen zijn criteria ontwikkeld voor de kwaliteit van de opzet en uitvoering van empirisch onderzoek (bijvoorbeeld Cook en Campbell: *Quasi-Experimentation: Design and analysis, issues for field settings*, Co079). De in deze handboeken geformuleerde criteria kunnen ook worden toegepast op empirisch onderzoek naar de effecten van alternatieve behandelwijzen.

Het belangrijkste criterium voor kwalitatief goed onderzoek is de geldigheid of validiteit van de conclusies die worden getrokken: kan men vertrouwen hebben in de resultaten van het onderzoek of zijn deze kwestieus?

9.2 VARIABELEN

In onderzoek naar het effect van een behandelwijze worden minstens twee typen variabelen gehanteerd. In de eerste plaats kan men de behandelwijze variëren, bijvoorbeeld door

een actief geneesmiddel te vergelijken met een placebo (zie echter 10.3) of door verschillende geneesmiddelen of verschillende doses van een geneesmiddel onderling te vergelijken. Deze variatie kan kwalitatief zijn (bijvoorbeeld het te onderzoeken middel versus een placebo) maar ook kwantitatief (bijvoorbeeld verschillende doses). In de onderzoeksterminologie noemt men dit de 'onafhankelijke variabele' maar voor de duidelijkheid wordt hier de term behandelingsvariabele gebruikt.

De tweede variabele wordt gevormd door de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de patiënt na verloop van tijd, meestal na beëindiging van de behandeling. Deze variabele kan op vele verschillende manieren vastgesteld worden: een gesprek, lichamelijk onderzoek, chemische analyse, een vragenlijst etc. De variabele, in het onderzoeksjargon de 'afhankelijke variabele' genoemd, wordt voor de begrijpelijkheid hier aangeduid als gesteldheidsvariabele.

Het doel van een effectonderzoek is vast te stellen in hoeverre de behandeling van invloed is op de gesteldheid. Of het onderzoek valide is, wordt bepaald door het antwoord op de vraag of de conclusies over deze invloed gerechtvaardigd zijn.

9.3 VALIDITEIT

Het begrip validiteit is vierledig. Men onderscheidt statistische conclusie-validiteit, interne validiteit, begripsvaliditeit en externe validiteit. Elk van deze vier aspecten staat aan vele bedreigingen bloot. In de litteratuur over de onderzoeksmethodologie van de gezondheidswetenschappen worden deze besproken; zie naast Sackett c. s. bijvoorbeeld ook Brinkman (Bri83) en Knipschild die het onderwerp populariseerde in een TV-programma over chelatietherapie (Kni88). Hieronder worden de genoemde vier aspecten toegelicht; enkele bedreigingen van de validiteit worden aangegeven.

9.3.1 Statistische conclusie-validiteit

Het aspect statistische conclusie-validiteit betreft de vraag of er samenhang is tussen de behandelings- en gesteldheidsvariabele. Brengt behandeling met een actief geneesmiddel een andere gesteldheid teweeg dan behandeling met een placebo? Gaat een hogere dosis samen met een andere gesteldheid dan een lagere? De statistiek bezit een groot arsenaal aan methoden om samenhang te onderzoeken; toch kan het in de praktijk gemakkelijk mis gaan.

Knipschild (Kni88) geeft voorbeelden van bedreigingen van de statistische conclusie-validiteit: stel dat een behandeling bij zeven van de tien patiënten tot herstel leidt. Men is dan geneigd dit herstel toe te schrijven aan de behandeling. Het is inderdaad heel goed mogelijk dat de behandeling effect heeft, maar men mag deze conclusie niet trekken omdat de samenhang tussen behandelings- en gesteldheidsvariabele niet kan worden nagegaan: om samenhang vast te stellen moet men niet alleen weten hoeveel van de behandelde patiënten hersteld zijn, maar ook hoeveel van de niet behandelde patiënten - onder vergelijkbare omstandigheden - herstellen. Als van de niet behandelde patiënten niemand herstelt, dan is er een hoge samenhang tussen behandelings- en gesteldheidsvariabele, maar als ook zeven van de tien niet behandelde patiënten herstellen, is er geen samenhang.

Het probleem van casuïstiek is dat de samenhang niet statistisch kan worden vastgesteld en men dus ook geen conclusies kan trekken. In de statistiek bestaan weliswaar oplossingen voor een aantal van deze bedreigingen, maar deze zijn niet altijd toepasbaar - of worden niet altijd toegepast - in de onderzoekspraktijk.

9.3.2 Interne validiteit

Het aspect interne validiteit betreft de vraag of de waargenomen veranderingen in de gesteldheid inderdaad toegeschreven kunnen worden aan de behandelingsvariabele. Zoals benadrukt in 8.3, zegt samenhang op zich niet veel omdat in

principe allerlei verklaringen voor de samenhang mogelijk kunnen zijn. Stel dat uit een effectonderzoek blijkt dat de gesteldheid van behandelde patiënten in het algemeen beter is dan die van niet behandelde. Er is dan samenhang tussen de behandelings- en gesteldheidsvariabele. Stel bovendien dat het statistisch gezien redelijk is te concluderen dat deze samenhang ook reëel is, dat wil zeggen dat aan het criterium van statistische conclusie-validiteit is voldaan. Als de behandeling bestond uit de toediening van een nieuw geneesmiddel, zal men geneigd zijn de samenhang toe te schrijven aan de werking van het middel. Toch zijn er verklaringen voor de samenhang mogelijk die niets met de werkzaamheid van het middel te maken hebben. De behandelde patiënten zouden bijvoorbeeld meer aandacht hebben kunnen gekregen of minder stress hebben ervaren en daardoor zijn opgeknapt (zie 10.3).

Knipschild geeft als voorbeeld de chelatietherapie. De patiënten worden behandeld met de stof EDTA maar tevens wordt hun aangeraden te stoppen met roken, hun dieet te veranderen en het gebruik van andere medicijnen te minimaliseren. Niet meer roken, een andere voeding en minder medicijnen zijn dan ook andere verklaringen voor een eventueel succes van de therapie dan de effectiviteit van EDTA.

Een ander voorbeeld van Knipschild betreft het spontaan beloop. Bij langdurige ziekten zijn er perioden waarin het goed gaat met de patiënt en perioden waarin het slecht gaat. De patiënt zal bij de arts komen als het slecht gaat, maar hij zal na verloop van tijd weer verbeteren, met of zonder (chelatie)therapie.

Ook de interne validiteit kan op vele manieren bedreigd worden. In onderzoek naar het effect van een geneesmiddel krijgen de patiënten meestal aselekt het te onderzoeken middel (verum) of een placebo toegewezen; men volgt een dubbelblinde procedure (arts noch patiënt weet of het uitgereikte middel verum danwei placebo is) om bedreigingen van de interne validiteit te bestrijden. Zoals wordt toegelicht in 10.3 wordt echter steeds duidelijker dat deze methode zelf aan velerlei bedreigingen blootstaat.

9.3.3 Begripsvaliditeit

De behandelings- en gesteldheidsvariabelen zijn in het algemeen operationalisaties van theoretische begrippen. Bijvoorbeeld: als het psychisch welbevinden van personen wordt gemeten met een vragenlijst, dan is de ingevulde vragenlijst de operationalisatie van het theoretische begrip 'psychisch welbevinden'. Evenzo geldt dat een behandeling een operationalisatie is van een aantal theoretische begrippen. De meeste reguliere behandelingen, maar ook bijvoorbeeld de homoeopathie en de acupunctuur, berusten op theoretische noties. Als uit een effectonderzoek blijkt dat een samenhang bestaat tussen behandelings- en gesteldheidsvariabele (statistische conclusie-validiteit) en dat de waargenomen verandering in de gesteldheid toegeschreven mag worden aan de behandelingsvariabele (interne validiteit), dan liggen deze conclusies geheel op geoperationaliseerd niveau, maar ze worden meestal doorgetrokken naar theoretisch niveau. Strikt gesproken kan men alleen concluderen dat behandelde patiënten hogere scores behalen op de vragenlijst, maar iedereen is geneigd te concluderen dat het psychisch welbevinden, dat de vragenlijst pretendeert te meten, beter is bij behandelde patiënten. Deze stap is echter alleen gerechtvaardigd als de operationalisatie (de ingevulde vragenlijst) een adequate representatie is van het theoretische begrip (psychisch welbevinden).

Bij de begripsvaliditeit gaat het dus om de vraag naar de dekking van het theoretische begrip door de operationalisatie. Uiteraard zijn er ook weer vele bedreigingen van de begripsvaliditeit. Bijvoorbeeld: bij reguliere behandelingen worden geneesmiddelen voorgeschreven die bepaalde biochemische reacties veroorzaken. Als patiënten zich niet aan de voorschriften houden (niet innemen, te weinig innemen, andere middelen gebruiken etc.), komt de behandeling-zoals-geoperationaliseerd niet meer overeen met de behandeling-zoals-bedoeld; dit betekent de begripsvaliditeit wordt aangetast. Andere voorbeelden: volgens de theorie van de klassieke acupunctuur moeten de naalden op specifieke punten worden geplaatst, maar

als de acupuncturist daar niet goed in slaagt dan komt de behandeling niet meer overeen met de theorie. Een vragenlijst die bedoeld is om psychisch welbevinden te meten, kan tevens de angst meten die door de ondervraging wordt opgeroepen of sociaal wenselijke antwoorden uitlokken ('ik zal de dokter maar een plezier doen').

Knipschild geeft ook een voorbeeld van bedreiging van de begripsvaliditeit. Bij het onderzoek naar de chelatietherapie wordt soms verandering in de loopafstand van de patiënten gerapporteerd; niet bekend is echter of de loopafstand op gestandaardiseerde wijze is gemeten. Het is dus de vraag of de gerapporteerde loopafstand ook overeenkomt met de feitelijk gelopen afstand.

Een dergelijk meetprobleem doet zich voor bij verschillende diagnostische meetmethoden. Ook hier zal het theoretisch begrip (namelijk de klacht of de afwijking van de patiënt) moeten worden gedekt door de operationalisatie (namelijk de diagnostische meetmethode).

9.3.4 Externe validiteit.

De vraag naar de externe validiteit betreft de extrapolatie van conclusies. Gelden de resultaten van een effectonderzoek gedaan bij Nederlandse mannen ook voor Surinaamse vrouwen? Gelden de resultaten behaald in een laboratoriumonderzoek ook in een ziekenhuis of huisartspraktijk? Gelden resultaten van nu ook nog over twintig jaar? Veel effectonderzoek heeft slechts een beperkte geldigheid (bepaalde groep patiënten en specifieke omstandigheid) zodat de externe validiteit zwak is. Ook hiervan geeft Knipschild een voorbeeld. Men vroeg leden van de Vereniging voor Chelatietherapie of zij baat hadden gehad bij deze behandeling; 94% antwoordde bevestigend. De generalisatie van deze bevinding geldt echter alleen voor (toekomstige) leden van de Vereniging van Chelatietherapie. Het is immers goed mogelijk dat mensen die geen baat hebben gehad bij de therapie ook geen lid worden van de vereniging zodat het percentage in de totale groep behandelde patiënten veel lager is.

9.4 PRAKTISCHE BENADERING

Bij de beoordeling van onderzoek wordt, meestal impliciet, veel aandacht besteed aan boven aangeduide aspecten van validiteit. Er zijn vele methoden, technieken, procedures en richtlijnen ontwikkeld om de validiteit van onderzoek te verhogen; onderzoek staat of valt met zijn validiteit. In de praktijk is het meestal niet haalbaar een effectonderzoek te doen dat in alle opzichten valide is. Cook en Campbell raden dan ook aan verschillende, elkaar aanvullende, onderzoeken te doen naar het effect van een behandeling (Coo79; zie ook Ver91) . Een onderzoek dat bijvoorbeeld sterk is wat betreft interne validiteit maar zwak wat betreft externe validiteit kan aangevuld worden met een onderzoek zwak in interne validiteit maar sterk in externe validiteit. Als de resultaten van beide onderzoeken in dezelfde richting wijzen, kan men via het eerste onderzoek (met hoge interne validiteit) de waargenomen effecten toeschrijven aan de behandeling en via het tweede (hoge externe validiteit) de resultaten generaliseren. Van de specifieke problemen die zich met betrekking tot de validiteit bij onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen voordoen, maakt de commissie melding in 11.4.

9.5 CONCLUSIE

Cumulatie van kennis is in 7.2 het kernpunt van wetenschap genoemd. De wijze waarop deze kennis wordt vergaard, is gebonden aan verschillende regels. De resultaten van onderzoek dat methodologische mankementen vertoont, kunnen niet worden bestempeld als 'geldige uitspraken'. Resultaten echter van onderzoek dat methodologisch juist is uitgevoerd, kunnen worden gebruikt: ofwel als uitgangspunt voor nader onderzoek, ofwel als basis voor een toe te passen diagnostische test of een in te stellen therapie.

10 PLACEBO-PERIKELLEN

10.1 HET BEGRIP 'PLACEBO'

In het begin van de 19^e eeuw sprak men, in geneeskundig verband, van een placebo-behandeling als aan een patiënt een medicament werd gegeven om deze 'het genoegen te doen' (placebo = ik zal behagen) een geneesmiddelbehandeling te ondergaan, zonder dat evenwel van het toegediende middel gerichte werking* mocht worden verwacht.

In de huidige tijd wordt het begrip 'placebo' in verschillende betekenissen gebruikt:

- 1 In het kader van een behandeling verstaat men onder 'placebo' een middel (geneesmiddel of behandelwijze) dat wel in de therapie wordt toegepast, maar dat geen enkel ingrediënt bevat dat een directe, gerichte werking op de in het geding zijnde pathofysiologische processen heeft die op een klaarblijkelijke en inzichtelijke wijze het natuurlijke ziektebeloop zou kunnen wijzigen.
- 2 In het kader van wetenschappelijk onderzoek verstaat men onder 'placebo' een 'schijn-behandeling' (dummy) bij een geblindeerd onderzoek naar behandelwijzen; bedoeld wordt dan elke toediening van een geheel inerte stof (uiterlijk niet te onderscheiden van de pil, poeder, etc. met werkzame stof) en iedere loze procedure die met of rond een patiënt in een onderzoek wordt ondernomen.

Onder de 'werking' van een geneesmiddel of behandeling wordt verstaan het als gevolg van toepassing van dat geneesmiddel of die behandeling optreden van (meetbare) fysiologische veranderingen.

3 In het kader van ieder therapeutisch contact wordt met 'placebo' de, niet volledig inzichtelijke en niet exact te omschrijven, invloed aangegeven die uitgaat van het complex behandelaar - 'behandelsetting' (de situatie waarin de behandeling plaatsvindt) - het behandelen* op het genezen door de patiënt. In deze zin gebruikt valt het begrip 'placebo' enerzijds samen met datgene wat over het algemeen met geneeskunst wordt aangeduid; anderzijds behelst iedere benadering van een patiënt - ook indien deze bruto of technisch en afstandelijk is - een placebo-component. De hier bedoelde betekenis van 'placebo' wordt ook wel aangeduid als 'placebo-actie'. Deze component speelt ook bij de onder 1 en 2 aangegeven betekenissen altijd mede een rol.

De 'placebo-actie' beperkt zich niet tot therapeutische contacten: in ieder intermenselijk contact is een placebo-component te duiden (Gro69). Het fenomeen 'placebo' kan dan ook nimmer worden afgedaan met de term 'nepmiddel'.

10.2 PLACEBO-EFFECT BIJ EEN THERAPIE

Reeds vele decennien zijn de resultaten bekend van overtuigende, welhaast klassieke onderzoeken naar het placebo-effect. Hieronder wordt het effect verstaan dat een placebo teweeg brengt, ofwel, anders geformuleerd en meer aansluitend op het alternatieve denkkader, dat gedeelte van het totale behandelresultaat dat - geïnduceerd door de combinatie van behandelaar, behandelsetting en het behandelen* - via verre van begrepen mechanismen en processen door de patiënt zelf tot stand wordt gebracht. Als synoniem voor 'placebo-effect' wordt ook de term 'placebo-respons' gebruikt.

Het placebo-effect is uitvoerig beschreven, in de zin van echt, tot op zekere hoogte meetbaar en zeker klinisch

* Zie 10.5.

relevant (Han53, Las58, Din66, NTMS69, Pan72, Bro77, Sar77, Moe79, Bro82, Moe83, Whi85, Mat86). Gebleken en overtuigend bewezen bij een grote scala van zowel acute als chronische aandoeningen is dat onder invloed van placebo bij patiënten aanzienlijke verbeteringen kunnen optreden. Als voorbeeld kan worden genoemd de behandeling van pijn bij patiënten met gemetastaseerde carcinomen; in een in 1976 gepubliceerd onderzoek van Moertel bij 288 van dergelijke patiënten bleek toediening van een placebo bij 112 van hen meer dan 50% pijnvermindering te bewerkstelligen (Moe76). Het behoeft geen betoog dat het hier ging om weliswaar zieke, maar geestelijk normale mensen, bij wie onder invloed van genoemde behandeling met behulp van speciaal voor dat doel ontwikkelde pijnschalen een kwantificeerbaar effect kon worden vastgesteld.

De laatste jaren wordt in toenemende mate aandacht besteed aan placebo-effecten (But86, Mat86, Has88, Kam89, Lip90, Xu90). Uit hierop gericht onderzoek blijkt dat bij sommige patiënten een aanzienlijk groter placebo-effect is te bereiken dan bij anderen; deze patiënten worden aangeduid als 'placebo-responders' (Kit69, Gow83, Bou88, Vou89, McC92). Het is echter niet zo dat iemand altijd of wel of niet (meetbaar) op placebo reageert; individuen kunnen niet als 'placebo-responder' of als 'placebo-non-responder' worden gekarakteriseerd (Dag90). Direct klinisch nut heeft de kennis van het fenomeen placebo-responderschap dus niet; bij patientgebonden onderzoek moet echter wel serieus met dit verschijnsel rekening worden gehouden (Rei89, Jan88; zie ook 10.3).

De placebo kan ook nevenwerkingen hebben; het type nevenwerkingen dat ontstaat, houdt rechtstreeks verband met de in het kader van de behandeling aan de patiënt gegeven uitleg over hetgeen als nevenwerking kan worden verwacht, ofwel met de bij de patiënt gewekte 'expectancy'. Opgemerkt zij reeds op deze plaats dat 'nevenwerkingen' ook kunnen optreden op geleide van ervaringen die de patiënt eerder in vergelijkbare situaties heeft opgedaan; men spreekt in een dergelijk geval wel van een 'geconditioneerde placebo-respons' (Vou89,90, Sko91; zie verder 10.3 en 10.5).

Indien een placebo wordt toegepast met het vooropgezette doel een voor de patiënt negatief effect te bewerkstelligen (bijvoorbeeld: voodoo-death, Can57, Bee61, Hah83; zie ook Coh88), spreekt men van 'nocebo' (nocebo = ik zal schaden). Ook in dit geval speelt 'expectancy' - van behandelaar en van patiënt - een dominante rol. Een nocebo kan nevenwerkingen hebben, die - afhankelijk van de 'setting' waarin de nocebo wordt toegepast - ook positief kunnen uitvallen.

Ook zijn onder de noemer van placebo wel frauduleuze handelingen gemeld met preparaten 'van volledig gezond-natuurlijke herkomst' waaraan, naast deze 'natuurlijke' stoffen, actieve bestanddelen bleken te zijn toegevoegd die in principe ernstige, zelfs dodelijke, toxische nevenwerkingen kunnen veroorzaken (voorbeeld: fenylobutazon en glucocorticoiden in de Hongkong-pillen die als heilzame en ongevaarlijke preparaten op de markt werden gebracht ter behandeling van reumatische aandoeningen).

Ook bij het regulier medisch handelen dreigt het gevaar dat krachtige farmaca eigenlijk worden benut als vehiculum voor het bewerkstelligen van een placebo-effect (extreem voorbeeld: de huidige, krachtige cytostatica zouden door patiënten als een laatste strohalm kunnen worden gezien en om die reden door artsen die menen dat specifieke therapie geen baat meer kan bieden aan hen worden gegeven, waarmede deze zeer toxische middelen verworden tot placebo's met ernstige bijwerkingen). Er zij overigens op gewezen dat een arts ook uit gevoelens van machteloosheid tegenover een patiënt en diens lijden geneigd kan zijn de patiënt een sterk werkend geneesmiddel voor te schrijven - dat de arts zelf geruststelt en daarmee, indirect, toch de patiënt ten goede komt. Het moge duidelijk zijn dat een arts met voldoende zelfkennis voor het teweeg brengen van een dergelijk placebo-effect geen krachtige farmaca van node heeft (Din66).

Eveneens als placebo kan men de geneesmiddelen of behandelingen beschouwen waaraan in vroeger tijden een krachtig effect werd toegeschreven maar waarvan met behulp van modern wetenschappelijk onderzoek geen enkele werking kan worden aangetoond.

In verschillende publikaties die de laatste jaren zijn verschenen, wordt, in navolging van Grünbaum (Grü81,85), benadrukt dat datgene wat men onder 'placebo' verstaat, afhankelijk is van het theoretisch kader waarbinnen het begrip wordt gebruikt. Tevens wordt in toenemende mate bezwaar gemaakt tegen de uitspraak dat placebo-effecten teweeg zouden worden gebracht door 'niet-specifieke mechanismen': het is best mogelijk dat deze mechanismen wel degelijk 'specifiek' zijn, maar vooralsnog onbekend (Grü81,85). Daarom is het beter te stellen dat bij het tot stand komen van placebo-effecten 'bijkomstige (of: 'niet geïdentificeerde') factoren' een rol spelen (Bor85).

Placebo-effecten worden dan ook wel omschreven als 'effecten die, bij onderzoek vanuit een bepaald theoretisch kader, aan niet-geïdentificeerde oorzaken worden toegeschreven'. Een dergelijke aanduiding maakt tevens duidelijk dat deze 'bijkomstige factoren' niet intrinsiek onkenbaar zijn, maar in principe onderzoekbaar (Whi85). Volgens de commissie verdient zulks hoge prioriteit (zie ook 10.5).

10.3 DE ROL VAN PLACEBO BIJ ONDERZOEK VAN EEN THERAPIE

Als aangeduid in 10.1 speelt 'placebo' een rol bij elk geneeskundig handelen, bij welke aandoening dan ook. Dit impliceert dat ook in het effect dat aan toediening van een verum* wordt toegeschreven, een placebo-element is verweven (Din66, Gro69, Moe79, Bro82; zie ook 10.5). Methodologische consequentie is dat, wil men zich een oordeel kunnen vormen over de werking van een bepaalde behandeling, op het totale resultaat (de werkzaamheid) van die behandeling het teweeggebrachte placebo-effect in mindering moet worden gebracht. Wanneer het verschil tussen de werkzaamheid van de onderzochte behandeling en het placebo-effect therapeutisch relevant is, dient te worden nagegaan of deze therapeutische relevantie

Verum = waar; in de hier gebruikte zin staat 'verum' voor een (medicamenteuze) behandelwijze waarvan een werking wordt verwacht die is te verklaren in het kader van de theorie van waaruit toediening plaatsvindt .

niet door nevenwerkingen van de behandeling in kwestie wordt overschaduwd.

Toepassing van placebo in een onderzoek (als bedoeld in 10.1 sub 2) wordt over het algemeen als het meest doeltreffend beschouwd wanneer noch de onderzochte patiënt, noch de behandelend arts weten in welk geval placebo danwei het te onderzoeken geneesmiddel of de te onderzoeken behandeling (verum) wordt toegediend. Dergelijk 'dubbelblind' onderzoek* met placebo-controle is in de reguliere geneeskunde gemeengoed geworden om een oordeel over de werking van een therapie te vellen. De methode heeft gedurende vele jaren, zowel bij acute als bij chronische en zowel bij gemakkelijk als bij moeilijk te evalueren aandoeningen, bouwstenen geleverd voor klinisch handelen op rationele grondslag.

De laatste jaren wordt evenwel steeds duidelijker dat zich in deze methode een aantal voetangels en klemmen van elementaire aard bevinden (Moe83, Ros85); reden dat in de moderne experimentele geneeskunde de laatste tijd tal van andere methoden voor effectiviteitsonderzoek worden voorgesteld.

Allereerst is door verschillende onderzoekers gewezen op de noodzaak een scheiding te maken tussen 'placebo-responders' en 'placebo-non-responders' (zie 10.2): placebo-responders vertekenen de uitkomsten van een onderzoek omdat niet is vast te stellen of het bereikte effect in de verum-groep moet worden toegeschreven aan verum danwei aan placebo. Bovendien kunnen dergelijke resultaten ertoe leiden dat aan placebo-responders ten onrechte farmacologisch actieve stoffen worden voorgeschreven (Fol78, Ull86). Als oplossing voor dit probleem wordt wel aanbevolen voorafgaand aan het eigenlijke onderzoek een 'washout' of 'kwalificatie' periode in te voeren, gedurende welke de gehele onderzoekspopulatie een placebobehandeling krijgt (Rab86, Mar87, Rab87, Kni91, Qui91). De commissie verwacht dat dit - niet alleen gezien de hiervoor (10.2) bena-

Omdat via loting wordt beslist of een patiënt verum danwei placebo krijgt, spreekt men ook wel van dubbelblind gerandomiseerd onderzoek.

drukke onmogelijkheid een individu als 'placebo-responder' of als 'placebo-non-responder' te kwalificeren, maar ook gezien de invloed van 'expectancy' en de hierna toe te lichten rol van conditionering - niet meer dan een schijnoplossing kan zijn.

Tweede onderzoekstechnisch bezwaar vloeit voort uit het toenemend inzicht in het belang en de omvang van het placebo als element van elke behandeling, ook wanneer deze plaatsvindt in een (dubbelblinde) onderzoeksopzet. Gebleken is dat alleen al het feit dat de behandelaar weet dat een reële kans bestaat dat hij zijn patiënt een placebo toedient, zich weerspiegelt in de werkzaamheid van de behandeling (Kie74, Gra85). Deze bevinding komt overeen met de overtuiging van bepaalde alternatieve beroepsbeoefenaren (met name de antroposofische artsen), die dan ook weigeren aan een dubbelblind onderzoek met placebo-controle mee te werken.

Daarnaast zijn in recent gepubliceerd onderzoek aanwijzingen te vinden dat ook de 'informed consent' gevolgen heeft voor het effect van de behandeling: wanneer een patiënt weet dat de kans bestaat dat hij een placebo krijgt, blijkt dit van een meetbare invloed te zijn op de werkzaamheid van het verum (Sko91). Evenzo geldt dat, zodra een patiënt weet dat de kans bestaat dat hij een middel met een bepaalde werking krijgt, dit niet alleen van meetbare invloed is op het effect van het verum (Pen64), maar ook op dat van een toegediend placebo (Din66, Las68, Fah90).

Deze vertekende invloeden op de resultaten van onderzoek met placebo-controle zouden kunnen worden vermeden wanneer men erin slaagt op een zodanige wijze onderzoek uit te voeren, dat noch de behandelaar noch de patiënt weten dat zij aan het desbetreffende onderzoek - of, nog beter, überhaupt aan een onderzoek - deelnemen ('triple-blind' onderzoeksopzet). Realisatie van een dergelijke opzet stuit evenwel op grote ethische, juridische en praktische problemen.

Door verschillende onderzoekers is gezocht naar een uitweg uit deze problemen ((Bok74, Bro77,82, Hen79, Rap85,

Wic85, Ost89, Xu90, Lec91, Pec91, Ben92, Eng92); de commissie noemt er op deze plaats slechts enkele. Zo is voorgesteld vier groepen te vergelijken: niet alleen een verum- en een placebo-groep, maar bovendien een groep van patiënten die niet worden behandeld en een 'drug disguised' groep, bij wie het te onderzoeken geneesmiddel 'verstopt' wordt toegediend in bijvoorbeeld sinaasappelsap of in een infuus (Din66, Gre83,85, Ros85, Wil85). Ook is wel geopperd een controlegroep op te nemen die een 'actief placebo' krijgt, dat wil zeggen een medicament dat niet op de te behandelen aandoening is gericht maar dat wel geringe, voor de patiënt waarneembare bijwerkingen veroorzaakt (Ros85a). Nog een andere mogelijkheid is een zogenaamde 'double-expectancy control design' (Ros85a) waarbij rekening wordt gehouden met alle bekende invloeden die de verwachtingen van behandelaar en patiënt zouden kunnen hebben, maar waarbij het wel nodig is acht verschillende groepen in het onderzoek te betrekken*. Tegenwoordig wordt steeds vaker de - eveneens veel patiënten vereisende - methode voorgesteld waarbij twee in principe geïndiceerde behandelingen, in het gunstige effect waarvan zowel behandelaar als patiënt evenveel vertrouwen hebben, worden vergeleken (Kir78, Wic85, Wil85, zie ook bijlage XII, rapportage van de Werkgroep Anthroposofie).

Derde probleem bij dubbelblind onderzoek met placebo-controle wordt gevormd door het, de laatste jaren door verschillende onderzoekers beschreven, fenomeen van de 'geconditioneerde placebo-respons' (Wic80, Vou89,90, Pec91, Wal92). Er bestaan duidelijke aanwijzingen dat neutrale, soms zelfs niet rechtstreeks met het behandelen van de patiënt samenhangende, stimuli een verbetering van de patiënt kunnen bewerkstelligen wanneer deze tevoren bij herhaling door de patiënt zijn geassocieerd met een behandeling waarbij deze baat heeft. Het

(namelijk: '1) placebo without expectancy, 2) placebo with patient-only expectancy, 3) placebo with administrator-only expectancy, 4) placebo with patient and administrator expectancy, 5) nonplacebo with no expectancy, 6) nonplacebo with patient-only expectancy, 7) nonplacebo with administrator-only expectancy, and 8) nonplacebo with patient and administrator expectancy').

blijkt dat een dergelijk door 'conditionering' - ofwel (onbewust) geleerd door ervaring* - veroorzaakt effect sterker is dan wanneer slechts aan de patiënt is verteld dat hij het desbetreffende effect van de behandeling in kwestie kan verwachten. Dit fenomeen doet zich ook in negatieve zin voor (Vou89). Conditionering neemt toe met de tijd; conditioneringseffecten zullen dan ook een belangrijker rol spelen naarmate de patiënt langer in een bepaalde situatie verkeert of langer onder behandeling is. Patiënten die zich tot het alternatieve circuit wenden, hebben over het algemeen klachten die al langere tijd bestaan; conditionering kan derhalve een belangrijke rol spelen bij het voortbestaan van deze klachten. Een in de letterlijke zin des woords 'alternatieve' benadering kan alleen vanwege het 'alternatieve' al een dergelijke negatieve conditionering doorbreken. De commissie wijst er dan ook met nadruk op dat bij de beoordeling van de resultaten van alternatieve behandelwijzen terdege rekening moet worden gehouden met het fenomeen van conditionering en met het effect van deconditionering. Wellicht ten overvloede zij opgemerkt dat de geconditioneerde respons intervenueert bij het tot stand komen van het effect van elke - reguliere en alternatieve - behandeling en derhalve verstrekkende gevolgen kan hebben voor de evaluatie van elk patiëntgebonden onderzoek (Kan65).

In versterkte mate geldt dit bij de evaluatie van cross-over onderzoek met placebo-controle**. Men moet namelijk concluderen dat de resultaten bij patiënten die eerst placebo krijgen en daarna de te evalueren behandeling niet dezelfde zullen zijn als die bij degenen die eerst verum krijgen en daarna placebo. In beide gevallen zal het resultaat van de eerste behandelperiode worden bepaald door de respons die de behandelaar ten aanzien van de interventie (via 'expectancy')

Onderzoek op het gebied van de psycho-neuro-immunologie (zie 13.3) heeft aanwijzingen opgeleverd dat conditionering ook bij het functioneren van het immuunsysteem een rol speelt.

Onderzoek waarbij de patiënt, in willekeurig bepaalde volgorde, eerst de te onderzoeken behandeling krijgt en vervolgens placebo of omgekeerd.

de behandelperiode optreedt. Na deze periode echter zullen de patiëntengroepen, als gevolg van een verschillende conditionering (namelijk: door verum danwei door placebo), niet meer vergelijkbaar zijn (Wic85). Extra complicatie is de variantie die kan optreden als gevolg van het fenomeen van de placebo-(non)-responders.

vierde probleem dat zich voordoet bij dubbelblind onderzoek met placebo-controle is de reële kans dat zowel behandelaar als patiënt al vrij snel na aanvang van het onderzoek 'ontdekken' of zij verum danwei placebo geven respectievelijk krijgen (Hug85, Rab86, Mar91).

Vijfde probleem bij dubbelblind onderzoek met placebo-controle is ten slotte dat toediening van placebo aan patiënten met in principe via een bekende therapie goed te behandelen aandoeningen in veel gevallen ethisch onaanvaardbaar wordt geacht (Bok74, Sob78, Bro82; zie ook 12.5). In dergelijke gevallen is men genoodzaakt de nieuwe, experimentele therapie te vergelijken met een bekende werkzame behandeling. Voorwaarde voor een bruikbaar resultaat van een dergelijk onderzoek is, gezien bovenstaande, dat de behandelaar evenveel vertrouwen heeft in de nieuwe als in de bekende behandeling.

10.4 DE ROL VAN PLACEBO BIJ ALTERNATIEVE THERAPIEËN

Er is geen reden te veronderstellen dat het placebo-effect geen rol zou spelen wanneer een patiënt alternatief wordt behandeld. De commissie acht het derhalve noodzakelijk het placebo-fenomeen ook te betrekken bij onderzoek naar (de effectiviteit van) alternatieve behandelwijzen.

In de literatuur over alternatieve behandelwijzen worden slechts spaarzaam visies op 'placebo' aangetroffen (Rie89, Int88/89). Wanneer het onderwerp in publicaties omtrent alternatieve behandelwijzen aan de orde wordt gesteld, geschiedt dit veelal met de ruime en complexe duiding die door de commissie aan het begrip 'placebo' worden toegekend (Ton87a,b, Lew87).

Het onderwerp is ook door de verschillende werkgroepen aan de orde gesteld. Daarbij kwam naar voren dat alternatieve beroepsbeoefenaren over het algemeen placebo niet alleen beschouwen als een belangrijk onderdeel van hun behandelwijze, maar soms zelfs als de essentie daarvan: het op de juiste wijze toepassen van placebo zou synoniem zijn aan het 'stimuleren van de eigen geneeskracht'; het teweegbrengen van een placebo-effect bij de patiënt is daarmee het ultieme doel van de therapie (zie 12.5 en bijlage XI en XV).

De traditionele acupuncturisten hebben in bijlage ^A XI enige mogelijke parallellen aangegeven tussen het concept van de traditionele Chinese geneeskunst (traditional Chinese medicine, TCM) en het westerse placebo-begrip.

10.5 ONDERZOEK NAAR HET PLACEBO-FENOMEEN

Aan de realiteit van het placebo-effect wordt door reguliere noch alternatieve beroepsbeoefenaren getwijfeld. In vele onderzoeken wordt melding gemaakt van het optreden van dit effect. Hoewel in toenemende mate onderzoek plaatsvindt naar de mate waarin en de omstandigheden waaronder het placebo-effect optreedt en naar de ware aard van het placebo-fenomeen, is hieromtrent nog steeds meer niet dan wel bekend.

Alleen bij de pijnbestrijding is, dankzij het huidige inzicht in de rol van endorfines, de fysiologische reactie via welke het placebo-effect optreedt ten dele opgehelderd (NoaSO, Lip90). Dit maakt de realiteit van een placebo-effect bij de behandeling van pijnpatiënten ook in de reguliere geneeskunde gemakkelijker te accepteren (Bro82; zie ook 12.1 en 12.5). Opgemerkt moet evenwel worden dat men geen enkel zicht heeft op het mechanisme dat het vrijkomen van deze endorfines in gang zet (dus langs welke weg de placebo-actie de placebo-reactie in gang zet).

Wel kunnen verschillende factoren worden aangegeven die een rol spelen bij het tot stand komen - zowel kwalitatief als kwantitatief - van het placebo-effect en die dus medebepalend zijn voor het uiteindelijke behandelresultaat. Dit

zijn, zoals aangeduid in 10.2, allereerst de behandelaar zelf, de behandelsetting en het (ritueel van het) behandelen. Ook het gebruikte vehiculum (tablet, injectie) speelt een rol. Daarnaast zijn de verwachting van de behandelaar en de verwachting, de hoop en de ontvankelijkheid van de patiënt, die worden geïnduceerd door diens vertrouwen in het behandelcomplex, maar vooral de interactie tussen beiden die onder invloed van deze factoren ontstaat in de loop van het behandelproces, van wezenlijk belang (Bee61, Vri85, Mat86, Lew87, Ton87a,b, Pec91, Wic85, Kap89, Men91, Eng92; zie ook 7.7 en 11.5).

In dit verband kan worden opgemerkt dat ook het concept dat men van 'placebo' heeft, onlosmakelijk verbonden is met het - door maatschappij en cultuur bepaalde - beeld dat patiënt en behandelaar van hun wereld hebben (Bor85; zie ook 6.2). Gezien de complexiteit van het placebo-fenomeen - en de negatieve connotatie die door sommige reguliere beroepsbeoefenaren daaraan wordt toegekend - is door verschillende onderzoekers, zowel vanuit de geneeskunde als vanuit de psychologie en de anthropologie, wel geadviseerd een andere aanduiding te zoeken voor het begrip 'placebo' (zie ook de rapportage van de Werkgroep Anthroposofie).

Zolang de aard en omvang van het placebo-fenomeen in het geneeskundig handelen niet allerwegen worden onderkend en zolang daarin niet meer inzicht bestaat, zal de evaluatie van onderzoek naar de effectiviteit van welke behandelwijze dan ook - zowel regulier als alternatief - uiterst moeizaam blijven - ofwel belangrijke aspecten buiten beschouwing laten als gevolg waarvan het formuleren van conclusies een hachelijke onderneming wordt.

De commissie acht nader onderzoek naar het placebo-fenomeen dan ook noodzakelijk. Zij adviseert hierbij zowel aandacht te besteden aan de rol die placebo speelt bij ieder contact tussen behandelaar en patiënt als, in het verlengde daarvan, aan de invloed van het placebo-fenomeen op de resultaten van ieder patiënt-gebonden onderzoek*.

Zie in dit verband ook bijlage

De commissie wijst in dit verband op de verschillende etappes die men kan onderscheiden in het traject waarlangs het placebo-effect tot stand komt (Eng92):

- 1 'placebo' ('placebo-actie') zoals bedoeld in 10.1: het complex van factoren vanuit de behandelsituatie dat van invloed is op het genezen door de patiënt ('input')
- 2 'placebo-reactie': de fysiologische processen die ten gevolge van deze actie in de patiënt op gang komen (fysiologische 'interface' (Mat86))
- 3 'placebo-effect' ('placebo-respons'): dat gedeelte van het totale behandelresultaat dat - geïnduceerd door de placebo-actie en gerealiseerd door de placebo-reactie - door de patiënt zelf tot stand is gebracht ('out-come').

10.6 CONCLUSIE

In de begripsomschrijvingen (1.3) is gesteld dat 'geneeskunde' tevens 'geneeskunst' omvat. Toegelicht is dat onder dit laatste het vermogen van de ervaren arts wordt verstaan het beeld van een patiënt te herkennen en deze herkenning te vertalen in een zodanige houding, gedrag en (be)handelwijze dat de arts daarmee het genezen door de patiënt in gang zet dan wel bevordert. Opgemerkt werd dat geneeskunst weliswaar is gebaseerd op kennis, begrip en ervaring, maar dat de intuïtie die hierbij een rol speelt slechts in vage termen kan worden beschreven.

Uit de toelichting op de verschillende betekenissen van het begrip 'placebo' (10.1) kwam de 'niet volledige inzichtelijke en niet exact te omschrijven' wijze naar voren waarop placebo meespeelt in ieder therapeutisch contact.

In de paragraaf over het placebo-effect bij een therapie (10.2) is de relatie aangegeven tussen de behandelaar/behandelsetting/het behandelen en het behandelresultaat. Geconstateerd is dat onder invloed van placebo bij patiënten met een grote scala van aandoeningen aanzienlijke verbeteringen kunnen optreden die tot stand komen via 'verre van begrepen mechanismen en processen'.

Het belang dat de commissie hecht aan het placebo-fenomeen en de talloze onzekerheden daaromtrent, doen haar adviseren onderzoek te verrichten naar de essentie van dit fenomeen en naar de mogelijkheden tot optimale exploitatie daarvan. Daartoe zal men zich op fundamenteel niveau moeten verdiepen in wat onder 'genezen' en 'het geneesproces' moet worden verstaan en in de factoren die daarop van invloed zijn.

Daarnaast zal onderzoek moeten worden verricht naar de invloed van placebo op de resultaten van elk patiëntgebonden onderzoek, zowel regulier als alternatief. Aandacht zal daarbij moeten worden besteed aan de in dit hoofdstuk aangeduide componenten die een rol spelen bij het tot stand komen van het uiteindelijke behandelresultaat: de interactie tussen behandelbaar en patiënt, hun verwachtingen ten aanzien van de behandeling, de geconditioneerde respons van de patiënt.

De commissie acht het van belang bij onderzoek naar het placebo-fenomeen onderscheid te maken tussen

- 1 'placebo' ('placebo-actie') zoals bedoeld in 10.1: het complex van factoren vanuit de behandel situatie dat van invloed is op het genezen door de patiënt ('input')
- 2 'placebo-reactie': de fysiologische processen die ten gevolge van deze actie in de patiënt op gang komen (fysiologische 'interface')
- 3 'placebo-effect' ('placebo-respons'): dat gedeelte van het totale behandelresultaat dat - geïnduceerd door de placebo-actie en gerealiseerd door de placebo-reactie, door de patiënt zelf tot stand is gekomen ('outcome').

De commissie acht het niet onmogelijk dat zich, bij uitwerking van de in dit advies geformuleerde gedachten en onderzoeksvoorstellen, de conclusie zal opdringen dat veel overeenkomsten bestaan tussen de weg waarlangs 'geneeskunst', 'stimulering van het zelfhelend vermogen' en 'placebo' het 'spontane ziektebeloop' beïnvloeden. Wellicht zal de conclusie luiden dat alternatieve behandelwijzen iets kunnen toevoegen aan het regulier medisch handelen dat des te waardevoller is naarmate de geneeskunst een geringer onderdeel vormt van de

door een regulier werkende arts beoefende geneeskunde. Aan de dergelijke uitspraak mag evenwel niet de conclusie worden verbonden dat 'alternatieve behandelwijzen' en 'geneeskunst' als synoniem kunnen worden beschouwd.

De commissie brengt onder de aandacht dat de laatste tijd allerwegen, in Nederland (Boe82, Mat86, Dyc86, Bol88, Vis88, Bou91, TK91, Eng92, Fok92, Koe92, Pet92), maar ook in Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Australië, met steeds meer nadruk wordt gewezen op het belang van diepgaande bestudering van het placebo-fenomeen (Kir78, IshS1, Moe83, Par86a,b, Kus89, Ton87b, Kam89, Pec91, Sap92, Nel92, Wal92). Inmiddels is op dit gebied al veel belangwekkend onderzoek verricht. Gezien de doorslaggevende invloed van cultuur en maatschappij op de te bestuderen fenomenen, zijn in het buitenland verkregen resultaten niet zonder meer naar 'de' Nederlandse situatie te transponeren. Nederlands onderzoek naar het placebo-fenomeen acht de commissie dan ook essentieel. Zij verwacht dat de resultaten van dergelijk onderzoek niet alleen de patiënten ten goede zullen kunnen komen, maar ook kunnen bijdragen tot een beperking van de kosten van de gezondheidszorg.

11 WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK .NAAR DE.EFFECTIVITEIT VAN
ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

11.1 RAPPORTAGES VAN DE WERKGROEPEN

In paragraaf 1.4.2 is vermeld dat de commissieleden zich, tezamen met artsen uit de verschillende alternatieve richtingen, in werkgroepverband hebben gebogen over de beantwoording van de vraag naar onderzoeksmethoden met behulp waarvan de effectiviteit van de verschillende alternatieve behandelwijzen zou kunnen worden aangetoond. Bovendien heeft de commissie de werkgroepen verzocht de belangrijkste aan hun behandelwijze ten grondslag liggende hypothesen te formuleren. Dit omdat zij verwacht dat bij positief resultaat van de voorgestelde effectiviteitsonderzoekingen de belangstelling voor de desbetreffende methoden zal stijgen, waarmee zich - onvermijdelijk, zie hoofdstuk 12 en 13 - de door de commissie bewust terzijde gelegde vraag naar de achtergronden van deze behandelwijzen en de theorieën waarop zij berusten - en naar de toetsing daarvan - in verhevigde mate zal opdringen. Maar ook bij negatief resultaat zal een eventueel volgend onderzoeksvorstel alleen worden geaccepteerd indien dit is gebaseerd op duidelijk geformuleerde en toetsbare hypothesen.

De werkgroepen hebben alle aan de plenaire commissie gerapporteerd. De commissie heeft de concept-rapportages uitvoerig besproken en becommentarieerd; in een enkel geval werd volledige revisie noodzakelijk geacht. De, uiteindelijk door de commissie aanvaarde, werkgroeprapportages zijn opgenomen als bijlage XI t/m XVI bij dit advies. Zij worden voorafgegaan door 'conclusies' en 'te toetsen hypothesen'.

11.2 OVERWEGINGEN EN CONCLUSIES VAN DE COMMISSIE

Na bestudering van de conclusies van de werkgroepen met betrekking tot de mogelijkheid van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de verschillende behandelwijzen, vat de commissie haar eigen overwegingen en conclusies dienaangaande als volgt samen.

11.2.1 Overwegingen

- 1 Alternatieve behandelwijzen sluiten niet aan op de (voornamelijk kritisch-rationalistische) wetenschapsopvattingen (zie 7.3) waarop de reguliere geneeskunde is gebaseerd.
- 2 Bij de meeste alternatieve stromingen ontbreekt een toetsbare theoretische grondslag.
- 3 De veelomvattende aanpak van de meeste alternatieve beroepsbeoefenaren - zij claimen de 'gehele mens' in hun benadering te betrekken, inclusief diens relaties met zijn (fysieke en psycho-sociale) omgeving - bemoeilijkt het vaststellen van oorzaak-gevolg relaties (zie ook 12.6). Welke factor van de behandeling de belangrijkste is bij een eventueel effect kan over het algemeen niet zonder meer worden aangegeven. Hierdoor stuit effectiviteitsonderzoek op speciale validiteitsproblemen (zie 11.4).
- 4 De doelstellingen van een behandeling zijn veelal anders dan in de reguliere geneeskunde; vaak wordt 'alleen maar' een verbetering van het algehele welbevinden van de patiënt als een succes van de therapie beschouwd. Dit heeft onder andere tot gevolg dat de eindpunten van een behandeling moeilijk eenduidig te omschrijven en nog moeilijker meetbaar zijn. Een oplossing van deze problemen wordt vooralsnog ernstig belemmerd door het gebrek aan consensus binnen de

verschillende alternatieve beroepsgroepen. De commissie heeft geconstateerd dat dit mede wordt veroorzaakt door het ontbreken van duidelijke begripsomschrijvingen. Dit vloeit voort uit een combinatie van grote onderlinge tolerantie en een gebrek aan kritiek: een bepaalde resonantie in denken en voelen wordt vaak voldoende geacht waardoor een kritische analyse achterwege blijft.

Onderliggend probleem is dat een patiënt in het alternatieve veld over het algemeen letterlijk minder 'objectief', dus 'als object waarover geneeskundige kennis is te verzamelen', wordt beschouwd. Zodra echter een behandelaar zich persoonlijk betrokken gaat voelen bij een patiënt en zich gaat verdiepen in diens biografie, ontstaat een soort 'relatie' die zowel van invloed is op de patiënt en op de behandelaar zelf (zie 10.5), maar die ook een neutraal en objectief oordeel van de therapeut over de patiënt bemoeilijkt. Het blijkt dan ook dat veel alternatieve beroepsbeoefenaren vrezen dat bij wetenschappelijk onderzoek naar het effect van hun behandelwijze juist deze persoonlijke, in hun ogen meest essentiële, aspecten door een te kritische beoordeling in de verdrukking komen of geheel worden genegeerd.

11.2.2 Conclusies

- 1 Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen is in principe mogelijk.
- 2 Bij wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van een alternatieve behandelwijze zal dikwijls een zogenaamde 'black box' benadering moeten worden gevolgd. Dit betekent dat
 - begin- en eindpunt in reguliere en in alternatieve termen worden vastgesteld (dit houdt in dat duidelijke begripsomschrijvingen nodig zijn van het te onderzoeken ziektebeeld (diagnose en symptomatolo-

- gie/typologie) en de te bereiken verandering daarin (zie echter 12.2))
- de behandelaar de patiënt volgens zijn eigen inzichten behandelt, maar wel overeenkomstig hetgeen aanvaard is binnen de desbetreffende beroepsgroep
- per patiënt een uitvoerige anamnese wordt vastgelegd alsmede zeer nauwkeurig aantekening wordt gemaakt van hetgeen de behandeling precies inhoudt (inclusief leef- en voedingsvoorschriften) , maar ook hoe het arts-patiënt contact verloopt, wat tijdens het gesprek aan- de orde komt (inclusief niet-medische onderwerpen) en hoe lang de contacten duren
- tevoren afspraken zijn gemaakt over de duur van de behandelperiode
- in eerste instantie alleen de resultaten van de behandeling in de beschouwingen worden betrokken, zonder dat men zich verdiept in de mechanismen die deze resultaten teweeg hebben gebracht.

Bij dergelijk onderzoek zal gebruik moeten kunnen worden gemaakt van methoden uit de alpha-, bèta- en gammawetenschappen.

Vergelijkend onderzoek is mogelijk, hetzij door vergelijking met een gematchte groep patiënten die regulier worden behandeld, hetzij door vergelijking met een gematchte groep patiënten die (nog) niet volgens de te onderzoeken methode worden behandeld maar aan wie (eventueel) wel aandacht wordt besteed (wachtlijstconditie; zie rapportage Werkgroep Acupunctuur, bijlage XI).

Randomisatie kan op problemen stuiten gezien de vaak uitgesproken voorkeur van patiënten voor een bepaalde alternatieve behandeling dan wel behandelaar. Crossover onderzoek komt, gezien de geclaimde lang aanhoudende werking van verschillende alternatieve behandelwijzen (of genezing als gevolg daarvan), maar

ook gezien de kans op vertekening van de onderzoeksresultaten ten gevolge van conditionering (zie 10.3), niet in aanmerking.

Onderzoek met placebo-controle is voor de meeste alternatieve beroepsbeoefenaren om principiële redenen niet - of slechts voor een bepaald onderdeel van de behandeling - acceptabel. Zoals toegelicht in hoofdstuk 10, zal bovendien evaluatie van de resultaten van dergelijk onderzoek in de meeste gevallen uiterst gecompliceerd zijn. De commissie verwacht dat alleen relevante resultaten zullen kunnen worden verkregen wanneer dergelijk onderzoek in een 'triple blind' opzet (zie 10.3) wordt uitgevoerd. Realisatie van een dergelijke onderzoeksopzet stuit echter vooralsnog op grote ethische, juridische en praktische problemen.

11.3 GOOD CLINICAL PRACTICE* (GCP)

De commissie heeft ervaren dat het nodig is erop te wijzen dat onderzoeksvoorstellen moeten worden geformuleerd volgens algemeen aanvaarde regels. Als voorbeeld kunnen de algemene regels betreffende 'good clinical practice' (GCP) fungeren die binnen de Europese Gemeenschap zijn opgesteld voor klinisch onderzoek van geneesmiddelen. De commissie adviseert deze waar mogelijk ook toe te passen op onderzoek naar de effectiviteit van een behandelwijze. Deze regels zijn in detail vastgelegd in het EG-document 111/3976/88 van juli 1990 (CEC90), dat is gebaseerd op de EG-Richtlijnen 65/65/EEG en 75/318/EEG. In dit document wordt ingegaan op

beschermende maatregelen ten behoeve van deelnemende patiënten of proefpersonen

Good Clinical Practice (GCP): 'a standard by which clinical trials are designed, implemented and reported so that there is public assurance that the data are credible, and that the rights, integrity and confidentiality of subjects are protected' (Commission of the European Communities, July 1990).

de inzake het onderzoek te raadplegen ethische commissies

de noodzakelijke 'informed consent' (dat wil zeggen de toestemming van de patiënt/proefpersoon deel te nemen nadat deze volledig van doel, wijze van uitvoering en mogelijke complicaties van het onderzoek op de hoogte is gesteld)*

de verantwoordelijkheden betreffende het onderzoek de te verzamelen gegevens en de statistische bewerking de kwaliteitsbewaking van het gehele onderzoek.

De hoofdpunten betreffende de uitvoering van het onderzoek kunnen als volgt worden samengevat.

Het onderzoek moet geschieden volgens een vooraf opgesteld onderzoeksprotocol

In dit onderzoeksprotocol moeten gemotiveerd worden vastgelegd

- . het doel van het onderzoek alsmede de reden dat het wordt uitgevoerd
- . de ethische aanvaardbaarheid van het protocol
- . het tijdschema van het onderzoek
- . de aard en opzet van het onderzoek
- . de wijze van selectie van de proefpersonen
- . de behandeling van de proefpersonen
- . de beoordelingscriteria voor de effectiviteit van de behandeling
- . de methode van rapportage van ongewenste voorvallen die plaatsvinden in de behandelperiode
- . de wijze waarop statistische verwerking van de onderzoeksresultaten zal plaatsvinden
- . de wijze van rapportage over het onderzoek en de wijze van controle op de correctheid van de rapportage
- . de wijze van financiering en verzekering.

Rekening moet worden gehouden met de in 10.3 in dezen gesignaleerde complicatie.

Voor elk van deze punten zijn in het originele EG-document gedetailleerde regelingen vastgelegd. De commissie volstaat op deze plaats te vermelden dat het ten behoeve van de rapportage noodzakelijk wordt geacht van iedere patiënt of proefpersoon een gedetailleerd 'Case Report Form' bij te houden waarop alle gegevens worden genoteerd.

11.4 KANTTEKENINGEN

Gezien de veelomvattende therapeutische benadering van hun patiënten door de meeste alternatieve behandelaars zal het moeilijk zijn op alternatief gebied effectiviteitsonderzoek op te zetten dat aan alle eisen van validiteit voldoet (zie 9.3).

Hoewel statistische conclusie-validiteit over het algemeen wel zal zijn te bereiken, blijft de interne validiteit, zoals aangeduid in 11.2.1 en toegelicht in hoofdstuk 10, bij elk patiënt-gebonden onderzoek bijzonder moeilijk te ontrafelen.

De externe validiteit van onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen zal naar verwachting altijd beperkt zijn omdat cultuur, mensbeeld en omgeving een belangrijke rol spelen in het beleven van gezondheid en ziekte, en daarmee bij genezen of ziektegedrag (zie ook 6.2). Ook wat betreft de begripsvaliditeit kunnen zich specifieke problemen voordoen.

De commissie onderschrijft dan ook het in 9.4 aangehaalde advies van onder anderen Cook en Campbell om verschillende, elkaar aanvullende onderzoeken te doen naar het effect van een behandelwijze. Zelfs dan echter zullen, gezien de verschillen in denk- en belevingswereld van reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren, problemen blijven bestaan met de acceptatie van onderzoeksresultaten. Op de achtergronden daarvan gaat de commissie in in hoofdstuk 12 en 13.

Tegenwoordig wordt, om de effectiviteit van een bepaalde behandelwijze aan te tonen, wel gebruik gemaakt van een zogenaamd 'best case review' (OTA90). Met deze methode poogt

men, via een gedegen analyse van enkele {10 a 20} goed gedocumenteerde (d.w.z.: gecontroleerde diagnose, volledige beschrijving van vorige behandelingen en tijd tussen die behandelingen en de huidige, de zekerheid dat geen andere therapieën dan de te onderzoeken behandelwijze tegelijkertijd worden toegepast) resultaten, aan te tonen dat een bepaalde therapie - die al bij een (zeer) groot aantal patiënten is toegepast - inderdaad enig effect heeft. De commissie is van mening dat een dergelijke benadering hoogstens een aanwijzing kan geven in welke richting nader onderzoek met enige kans op succes zou kunnen worden opgezet. Zij benadrukt dat 'best case reviews' nimmer prospectief onderzoek kunnen vervangen en evenmin als 'bewijs's' voor enigerlei effectiviteit kunnen worden aangevoerd.

Vooralsnog mag naar het oordeel van de commissie evenmin een definitieve en volledige bewijsvoering worden verwacht van een 'N = 1 randomized controlled trial' (Ald88, Mel92, Wag90,92 Guy92) als methode voor effectiviteitsonderzoek op alternatief gebied. Bij de N = 1 benadering worden, bij voorkeur geblindeerd, behandelwijzen individueel onderzocht in paarsgewijze perioden: in de ene periode wordt de patiënt behandeld volgens de te onderzoeken methode, in de volgende periode krijgt hij een bekende therapie of een placebo (of omgekeerd; deze volgorde wordt at random bepaald). Deze perioden worden herhaald tot een aan het individu gebonden oordeel wordt verkregen omtrent het superieur zijn van een van beide behandelwijzen. Deze werkwijze is toegepast bij patiënten met een veelheid van aandoeningen, zoals astma, fibrositis, slaapstoornissen. De aldus verkregen resultaten hebben uitsluitend betrekking op het individu in kwestie; van extrapolatie naar andere patiënten kan geen sprake zijn omdat niet duidelijk is aan welke kenmerken andere patiënten moeten voldoen, wil het resultaat van de 'N = 1 trial' ook op hen van toepassing zijn (Guy86, Bou91a).

In de dagelijkse praktijk wordt de N = 1 benadering beschouwd als een waardevolle hulp bij het protocollair aansturen op een binnen de huidige mogelijkheden optimale thera-

pie voor een individuele patiënt. De commissie wijst er echter op dat ook bij deze op slechts één individu betrekking hebbende onderzoeksmethode het in 10.3 toegelichte fenomeen van de geconditioneerde respons kan spelen, waardoor de uitkomst na het periodepaar 'te onderzoeken therapie - bekende therapie' niet zonder meer te vergelijken is met die na het periodepaar 'bekende therapie - te onderzoeken therapie'. Welke de consequenties hiervan zijn voor de evaluatie van de resultaten van de N » 1 methode, zal nader moeten worden onderzocht.

De werkgroepen zijn telkenmale gestuit op het probleem van het ontbreken van wetenschappelijke validering van de toegepaste diagnostische methoden (zie 11.5*). Want hoe moet in zo'n geval de beantwoording van de gestelde vraag worden aangepakt: eerst volgens een black box benadering effectiviteitsonderzoek uitvoeren, rnet de omstrede diagnostiek - waarop de te evalueren behandeling wordt gebaseerd en met behulp waarvan het behandelresultaat door de alternatieve therapeut wordt bepaald - in de black box, of eerst de diagnostische methoden valideren en pas daarna onderzoek doen naar het effect van de behandeling van een aandoening die is gediagnostiseerd met behulp van de gevalideerde methode? De commissie heeft, om pragmatische redenen, voor de eerstgenoemde aanpak gekozen. Eerste voorwaarde hierbij is - als aangegeven in 11.2 bij de omschrijving van de black box benadering - dat begin- en eindpunt van de behandeling ook volgens reguliere diagnostiek (met behulp van objectieve meetmethoden) worden vastgesteld. De commissie benadrukt dat wel onderzoek naar de diagnostische methoden moet volgen indien op een dergelijke wijze uitgevoerd effectiviteitsonderzoek positief resultaat zou opleveren.

De commissie is zich bewust van de consequenties van deze pragmatische aanpak. Enerzijds acht zij het niet waarschijnlijk dat eventuele positieve resultaten van aldus uitgevoerd effectiviteitsonderzoek - buiten de desbetreffende alternatieve kring - gemakkelijk zullen worden geaccepteerd zo-

Zie ook 9.3 en het 'woord vooraf' bij de rapportage van de Werkgroep Acupunctuur (bijlage XI).

lang de alternatieve diagnostiek waarop de behandeling is gebaseerd niet is gevalideerd en de theorie van waaruit de behandeling wordt toegepast geen aansluiting geeft op het denk-kader van de reguliere geneeskunde. Anderzijds kan worden verwacht dat aanhangers van de onderzochte behandelwijze in geval van negatief resultaat hun methode en de daaraan ten grondslag liggende denkbeelden niet zonder meer zullen verlaten. In hoofdstuk 12 gaat de commissie nader in op dit soort knelpunten bij de opzet en beoordeling van onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen. In hoofdstuk 13 wijdt zij een beschouwing aan de consequenties van de door haar bepleite aanpak.

11.5 ONDERZOEK DIAGNOSTISCHE METHODEN

Ondanks bovengenoemd principebesluit van de commissie is in sommige werkgroepen aan de orde gesteld hoe de diagnostiek waarop de desbetreffende behandelmethode is gebaseerd, zou kunnen worden gevalideerd.

In de Werkgroep Anthroposofie is gesproken over 'type-onderzoek' ; gepoogd is te analyseren welke kenmerken ten grondslag liggen aan het diagnostisch begrip 'zwakke nierstraling'. Een voorstel voor een mogelijke aanpak is opgenomen in bijlage XII.

De Werkgroep Acupunctuur heeft zich beraden op de mogelijkheid tot objectivering van de 'pols van Nogier', ofwel het vasculair autonoom signaal (VAS). Onder het VAS wordt de reactie verstaan die auriculo*-therapeuten zeggen aan de pols te kunnen voelen wanneer het oor (of het lichaam) met bijvoorbeeld verschillende lichtfrequenties of electromagnetische velden in aanraking komt. Deze vasculaire reflex wordt door de auriculo-therapeuten als een biologische meetmethode met diagnostische betekenis beschouwd; met behulp van het VAS zou (onder andere) kunnen worden onderzocht welk medicament (regu-

Auriculo-medicinae: oorgeneeskunde met behulp van de 'Pols van Nogier'.

lier of alternatief) voor een bepaalde patiënt het meest geschikt is of voor welk (genees) middel of voor welke substantie een patiënt allergisch is (zie bijlage XI).

Door verschillende onderzoekers zijn pogingen ondernomen dit VAS te objectiveren (Bri78, Hen79a,b, NavSO, BouSl); hierbij is gebruik gemaakt van Dopplermetingen, phonografie en plethysmografie. Tot op heden heeft geen van deze onderzoeken een overtuigend resultaat opgeleverd. Gezien echter de goede resultaten die de beoefenaren van de auriculotherapie met hun methode zeggen te bereiken, de (schijnbare) eenvoud daarvan en de mogelijkheid het optreden van het VAS dubbelblind te onderzoeken, ziet de commissie in deze methode een aangrijpingspunt om een aspect van de alternatieve diagnostiek te valideren. Met de thans ter beschikking staande technische mogelijkheden zal dit naar verwachting geen onoverkomelijke problemen behoeven op te leveren.

Mocht het VAS inderdaad objectief aantoonbaar blijken, dan zou men daarmee tevens een methode kunnen hebben om ook de lichaamsacupunctuur nader te onderzoeken: volgens de auriculotherapeuten kunnen zij via het oor op geleide van het VAS het met het oorpunt correlerende lichaamsacupunctuurpunt vinden. Het zou ook mogelijk zijn, met behulp van het diagnostisch instrumentarium zoals gebruikelijk in de auriculo-medicinae, de lichaamsacupunctuurpunten op geleide van het VAS rechtstreeks (dus niet via het oor) op te sporen. Natuurwetenschappelijk geschoolde onderzoekers zouden langs deze weg toegang kunnen krijgen tot een tot op heden voor niet-ingewijden onbegrijpelijke alternatieve methode van waaruit wellicht verder onderzoek op dit gebied en aanverwante terreinen (geneesmiddellentest) mogelijk is. De deskundigen uit de Werkgroep Acupunctuur hebben zich in principe bereid verklaard een dergelijk onderzoek nader uit de werken en daadwerkelijk uit te voeren.

De commissie acht het echter zeer wel mogelijk dat uit de resultaten van onderzoek naar het VAS blijkt dat de 'pols van Nogier' een zelfde soort fenomeen vertegenwoordigt als de EAV-meting, waarbij is gebleken dat de therapeut niet de bio-electrische status van de acupunctuurpunten - respectievelijk

de fysiologische of pathologische toestand van de (volgens de EAV-theorie) met de gemeten punten corresponderende organen van de patiënt - meet, maar zijn eigen (onbewuste) spierspanningsfluctuaties (Wij91, Kas91b,92). De auriculo-therapeuten wijzen nog op een andere mogelijkheid, namelijk dat zij zelve het optreden van het VAS bij hun patiënten zouden induceren. Dit zou betekenen dat het optreden van het VAS een placeboreactie is (zie hoofdstuk 10).

Ook dergelijke resultaten kunnen aanleiding zijn tot nader onderzoek. Vermeld kan worden dat van Wijk (Wij91) en Kasteleyn (Kas91a,92,93) voorstellen dat dit zich zou kunnen richten op de ideo-motoriek: de (nauwe) relatie die, als gevolg van de fysiologische verbondenheid van het sensorisch en het motorisch zenuwstelsel, zou bestaan tussen bewust of onbewust binnen het therapeut-patiënt contact verkregen informatie en onbewuste spierspanningen van de therapeut.

12 KNELPUNTEN BIJ OPZET EN BEOORDELING VAN ONDERZOEK NAAR
DE EFFECTIVITEIT VAN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

12.1 VERSCHILLEN IN DENKKADER EN MENSBEELD

Tot op heden is op het gebied van de alternatieve behandelwijzen weliswaar vrij veel, maar weinig goed onderzoek verricht. Als reden daarvoor werd eerder onder meer genoemd het gebrek aan onderzoekstraditie in het alternatieve veld. Ook door regulier opgeleide onderzoekers is relatief weinig onderzoek naar alternatieve behandelwijzen verricht. Dit komt waarschijnlijk mede doordat de aan dergelijke behandelwijzen ten grondslag liggende theorieën voor niet-ingewijden ofwel onbegrijpelijk zijn, ofwel zo vaag en weinig gedetailleerd uitgewerkt dat in het westers wetenschappelijk denken geschoolde onderzoekers daarbij niet dan met grote moeite enige aansluiting kunnen vinden. Ook de alternatieve denkwijze en benadering maken dat onderzoekers die een wetenschappelijke opleiding hebben gehad, niets zien in (onderzoek naar) alternatieve behandelwijzen - en dat dergelijk onderzoek over het algemeen niet eens bij hen zal opkomen (zie o.a. Kni91a).

Mocht desalniettemin aan onderzoek op dit terrein worden gedacht, dan zal het idee veelal worden verworpen vanwege de dubieuze reputatie van alternatieve behandelwijzen in kringen van wetenschapsbeoefenaren (zie ook de 'viciëuze cirkel' in 13.1). De weinigen die ondanks deze problemen een serieuze poging wagen, zullen aldra stuiten op de in dit hoofdstuk aangegeven knelpunten.

Lynoë gaat (Lyn89) in het artikel 'Theoretical and empirical problems in the assessment of alternative medical technologies' in op de achtergronden van de weerstand van de reguliere medische wereld jegens alternatieve behandelwijzen

en jegens onderzoek op dit gebied. Hij wijst erop dat elk onderzoek, van probleemstelling tot presentatie van de resultaten, plaatsvindt vanuit het denkkader van de onderzoekers (zie ook 7.7, 12.8 en Nee91) . Omdat ook de beoordeling van de resultaten geschiedt vanuit het denkkader van de beoordelaar, zullen reguliere medici vanuit het theoretisch begrippenkader dat zij bij hun opleiding hebben meegekregen en vanuit hun eigen, daarmee verweven belevingswereld naar een onderzoek kijken en daarover oordelen - ook als dit alternatieve behandelwijzen betreft. Alternatieve beroepsbeoefenaren zullen, onvermijdelijk, onderzoek op het gebied van de reguliere geneeskunde bezien en beoordelen vanuit een referentiekader dat is voortgekomen uit hun eigen, geheel andere, denk- en belevingswereld en daarbij gebruik maken van bij die wereld behorende begrippen (zie 7.3, 7.4 en 12.3).

Behalve dat het denkkader van een onderzoeker bepalend is voor de formulering van een probleem en de beoordeling van de resultaten van onderzoek, is het, diepergaand, ook bepalend voor datgene wat hij als feit beschouwt. Feiten zijn, zoals Hanson het uitdrukt, 'theory-laden' (Han58). Hiermee moet in discussies tussen onderzoekers die redeneren vanuit verschillende denkkaders terdege rekening worden gehouden (Kuh62; zie ook 12.2; 13.1, 13.2) .

Bovenstaande vormt niet alleen een verklaring voor de vaak gesignaleerde 'kloof' tussen 'regulier' en 'alternatief', maar ook voor de emoties die - vaak onwillekeurig - naar voren komen in ontmoetingen tussen beide werelden. Manifesteerde zich bij de diepgaande discussies in de commissie al een emotionele betrokkenheid bij de leden, vooral in de werkgroepen bleek duidelijk dat de alternatieve artsen met wie werd samengewerkt deze op verschil in denkkader en belevingswereld terug te voeren problemen heel persoonlijk ervoeren. Zij werden in de discussies over de beantwoording van de adviesaanvraag enerzijds met intellectuele en anderzijds met emotionele problemen geconfronteerd: hoewel zij in principe wel degelijk volgens op de reguliere medische wetenschap gebaseerde crite-

ria te werk wilden gaan - zij hebben tenslotte allen een reguliere medische studie afgerond - hadden zij in bepaalde gevallen op grond van overwegingen voortvloeiend uit het mensbeeld van de door hen aangehangen alternatieve richting - en van daaruit bezien met recht - het gevoel hun eigen leer geweld aan te doen indien zij de criteria voor vergelijkend, gerandomiseerd onderzoek zoals voorgestaan door de reguliere werkgroepleden strict zouden volgen. Het is dan ook in verschillende werkgroepen voorgekomen dat ofwel de reguliere leden protocolconcepten onwetenschappelijk achtten, ofwel de alternatieve leden in concepten de 'geest' van de door hen voorgestane richting niet meer terugvonden.

De commissie gaat in 12.7 in op de gevolgen van deze problematiek voor de informatiewaarde van effectiviteitsonderzoek. Op deze plaats wil zij benadrukken dat verschillen in denkkader en mensbeeld niet betekenen dat een behandelwijze niet zou kunnen worden bestudeerd met behulp van begrippen en methoden die niet door de desbetreffende beroepsbeoefenaren zelf worden gehanteerd (Wes82), maar wel dat een zekere theoretische kennis betreffende het te onderzoeken gebied onontbeerlijk is.

12.2 VERSCHILLEN IN TAAL

In 7.3 werd toegelicht dat datgene wat iemand als 'feit' beschouwt, afhankelijk is van het kader waarbinnen hij denkt. Wesley stelt dat geen neutrale feiten bestaan omdat geen 'neutrale observatietaaie' bestaat (Wes82). Dit gemis doet zich duidelijk voelen bij pogingen tot communicatie tussen reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren.

Het ontbreken van een gemeenschappelijke 'taal' - en de hieruit voortvloeiende taxonomische verschillen (zie 12.3) - vormt bovendien het wezenlijke probleem dat verscholen ligt onder een van de eerste eisen die aan de black box benadering moeten worden gesteld, namelijk: 'begin- en eindpunt moeten in reguliere en in alternatieve termen worden vastgesteld; dit houdt in dat duidelijke begripsomschrijvingen nodig zijn van

het te onderzoeken ziektebeeld en de te bereiken verandering daarin' (zie 11.2), Hoewel deze eis op zichzelf voor reguliere noch voor alternatieve beroepsbeoefenaren grote problemen behoeft op te leveren - en het onderzoek dus in principe niet in de weg behoeft te staan - kunnen wel degelijk problemen ontstaan indien, in het verlengde van deze eis, tussen reguliere en alternatieve onderzoekers overeenstemming moet worden bereikt over hetgeen zal worden onderzocht en, vooral, over hetgeen als 'resultaat van de behandeling' kan worden geduid. Een dergelijke overeenstemming is noodzakelijk willen de resultaten überhaupt door de reguliere wereld - waarvoor zij in eerste instantie bestemd zijn - kunnen worden geaccepteerd (zie 12.7) .

Als voorlopige pragmatische oplossing is door sommige werkgroepen een onderscheid gemaakt tussen 'werkzaamheid' en 'rendement': onder de werkzaamheid (of: de 'effectiviteit') van een behandeling wordt het totale resultaat verstaan dat met de behandeling wordt bereikt, zoals dit wordt ervaren door therapeut en patiënt in hun eigen beleavingswereld. Onder 'rendement' wordt het resultaat van een behandeling verstaan zoals dit kan worden bepaald volgens regulier-medische maatstaven.

De commissie wijst er bovendien op dat het ontbreken van een gemeenschappelijke 'taal' tot gevolg kan hebben dat reguliere beroepsbeoefenaren de woordkeus van hun alternatieve collegae als mistig en verward ervaren, hetgeen niet bijdraagt tot het doen verdwijnen van hun eventueel bestaande vooroordelen.

Een aanzet tot het vinden van een mogelijke uitweg uit deze problemen kan worden gegeven door enerzijds de alternatieve beroepsbeoefenaren te stimuleren hun eigen denk- en handelwijze te expliciteren en te analyseren wat zij met hun behandeling beogen. Een en ander moet vervolgens in zodanige bewoordingen worden vastgelegd dat hierover onder de leden van de desbetreffende alternatieve artsenverenigingen overeenstemming bestaat. Vervolgens zou een modus moeten worden gezocht de gebruikte begrippen te vertalen in ook voor reguliere artsen

begrijpelijke taal ('transcriptie').

Anderzijds verwacht de commissie dat ook een soortgelijk expliciteren en analyseren van de bij het regulier medisch handelen meestal impliciet blijvende componenten - veelal aangeduid met begrippen als 'geneeskunst' (1.3) en 'placebo' (10.1) - en van hetgeen in feite met de behandeling wordt beoogd noodzakelijk zal zijn, wil men elkaar op het fundamentele niveau dat voor communicatie noodzakelijk is kunnen ontmoeten.

12.3 VERSCHILLEN IN TAXONOMIE

De mens ordent zijn wereld op een bepaalde, hem passende wijze; hij classificeert, benoemt, legt oorzakelijke verbanden. Dit classificeren en inventariserend ordenen wordt aangeduid als 'taxonomie'. Omdat elke vorm van kennisverwerving begint met de identificatie van het verschijnsel waaromtrent men kennis wil verzamelen, is taxonomie van wezenlijk belang voor kennisverwerving op elk gebied.

Essentieel bij taxonomie zijn de criteria voor deze ordening. Voor het vaststellen van deze criteria heeft men een theorie van node; vandaar dat elke taxonomie een theoretische connotatie heeft. Over sommige ordeningsprincipes kunnen onderzoekers het eens zijn, aangaande andere bestaan echter grote meningsverschillen.

De reguliere geneeskunde kent voor veel ziekten verschillende termen, die in feite verschillende aspecten van dezelfde ziekte aanduiden: zij berusten op verschillende ordeningsprincipes. Deze kunnen betrekking hebben op oorzaken, op afwijkingen in de weefselstructuur of op functionele of biochemische afwijkingen; zij kunnen ook eerder waargenomen combinaties van verschijnselen benoemen of het ziektebeeld beschrijven. Een illustratief voorbeeld in dit verband is de 'ziekte' perniciosa. Bij de naamgeving en indeling daarvan zijn - op grond van evenzovele logische (bijvoorbeeld pathofysiologische) overwegingen - terminologieën aan de orde als anaemia perniciosa (dodelijke bloedarmoede), megaloblastaire

anaemie, avitaminosis B₁, tekort aan 'intrinsic factor' in de maag, resorptie-stoornis, auto-immuun-aandoening (zie o.a. Vri78, Wul90).

De door de verschillende alternatieve richtingen gehanteerde taxonomie van ziekteverschijnselen is gebaseerd op de ideeën die de aanhangers van de desbetreffende richting hebben over 'ziekte', 'genezen' en 'gezondheid'. Deze vloeien voort uit het mensbeeld dat men heeft en worden verwoord in een eigen, daarop aansluitende terminologie. Een illustratie

^a
hiervan vormt bijlage XI, waarin de klassieke acupuncturisten die zitting hadden in de Werkgroep Acupunctuur ingaan op het gezondheid-begrip in de traditionele Chinese geneeskunst (Traditional Chinese Medicine, TCM) en de achtergronden van deze behandelwijze toelichten.

Het moge duidelijk zijn - en dit is de commissie ook gebleken - dat communicatie over ziekten, behandeling en prognose ten eerste wordt bemoeilijkt door de enerzijds in de reguliere geneeskunde bestaande diversiteit in terminologie en de anderzijds in de verschillende alternatieve kringen gangbare, eveneens zeer diverse en bovendien vaak op zeer vage begrippen berustende terminologie en dat, ondanks intensief overleg, een dergelijke communicatie soms volledig onmogelijk is.

Taxonomische verschillen en de daarmee gepaard gaande 'vertaalproblemen' vormen derhalve een reële barrière voor het - voor het formuleren van een voorstel voor onderzoek naar het effect van een behandelwijze noodzakelijke - bereiken van overeenstemming betreffende het doel van het therapeutisch handelen in een bepaalde situatie.

12.4 SPECIFIEKE PROBLEMEN

Niet alleen het eigen idee dat de verschillende alternatieve richtingen hebben over datgene wat onder 'gezondheid', 'ziekte' en 'genezen' moet worden verstaan, wijkt in meerdere of mindere mate af van de begrippen die men daaromtrent in de reguliere geneeskunde heeft, ook de plaats waar men 'ziekte'

localiseert - en daarmee de benadering van de patiënt en de behandeling van diens klacht - kan belangrijk verschillen. De reguliere medische wetenschap gaat er van uit dat voor elke ziekte een substraat bestaat en is derhalve voornamelijk laesie*-gericht. Alternatieve beroepsbeoefenaren betrekken naast het fysiek-ruimtelijke, objectieve lichaam van de patiënt in meerdere *of* in mindere mate ook het 'lijf' - waaronder het door de 'bewoner' zuiver subjectief beleefde lichaam wordt verstaan - en de 'lichamelijkheid' - het geheel van lijf en lichaam - bij hun behandeling. Zij spreken daarmee ook 'de bewoner van het lichaam zelf' aan.

Dit heeft (onder andere) tot gevolg dat de criteria die alternatieve beroepsbeoefenaren bij de bepaling van het succes van een behandeling hanteren, zijn gebaseerd op een mensbeeld waarin 'lijf' en 'lichamelijkheid' vaak een doorslaggevende rol spelen. Deze criteria lenen zich minder eenvoudig voor falsificatie - dat wil zeggen het doelbewust pogen de eigen hypothesen te weerleggen (Pop35, zie ook 8.1) - dan de reguliere criteria, die voornamelijk zijn gebaseerd op een reductionistisch mensbeeld en die betrekking hebben op het herstel van laesies van het menselijk lichaam. Doelgerichte pogingen tot falsificatie ontbreken dan ook in het alternatieve veld. Hierop is wellicht (mede) de in de reguliere medische wereld wel gehoorde veronderstelling terug te voeren dat het maatschappelijke succes van de alternatieve richtingen (zie hoofdstuk 4) de animo van de aanhangers daarvan om hun hypothesen te falsificeren zou verminderen: het zou immers verleidelijk kunnen zijn vol te houden dat een behandelwijze gerechtvaardigd is zolang niet is aangetoond dat deze geen effect heeft.

Aan de verschillende plaatsen waar men 'ziekte' localiseert, is ook het in hoofdstuk 6 aangestipte tijd-, cultuur- en maatschappijgebonden aspect van 'ziekte' te verduidelijken.

Het begrip 'laesie' (letterlijk: beschadiging) wordt hier ook in biochemische zin verstaan. Zie in dezen ook bijlage XI[^].

Het fysiek-ruimtelijke, objectieve lichaam is in de loop der tijd weliswaar relatief constant gebleven, maar het lijf, de wijze waarop de mens zijn lichaam ervaart, 'bewoont' en eraan lijdt, verandert voortdurend. Daardoor maakt ook de 'lichamelijkheid' in de loop van de tijd een ontwikkeling door. Omdat ziekte van oudsher een van de belangrijkste determinanten van de menselijke lichamelijke is, verandert mét de veranderingen van de lichamelijke van de mens ook het begrip van ziekte en zelfs het verschijnsel 'ziekte' op *zichzelf* (Ver83, 87,89); vroeger leed men aan ziekten die tegenwoordig niet meer bestaan (Lee91). In de huidige maatschappij kan men weerstanden signaleren bij de acceptatie van ziekten die (nog) niet wetenschappelijk zijn benoemd.

Een praktisch probleem dat zich voordoet als gevolg van de verschillende ideeën die reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren hebben over 'gezondheid', 'ziekte' en de localisatie daarvan is dat alternatieve beroepsbeoefenaren niet alleen een andere visie hebben op de juiste wijze van behandelen, maar ook een eigen opvatting over de interpretatie van het effect van hun behandelwijze (zie ook 12.3). Zo zien de homeopathen een ten gevolge van hun behandeling optredende aanvankelijke verslechtering van de toestand van de patiënt als de bevestiging van een correcte aanpak: een 'beginverergering' zou bewijzen dat het juiste geneesmiddel is gekozen.

Dergelijke verschillende denkbeelden bemoeilijken ten eerste het opstellen van zowel voor reguliere als voor alternatieve beroepsbeoefenaren acceptabele eindtermen voor een onderzoeksvorstel .

12.5 GEBLINDEERD ONDERZOEK MET PLACEBO-CONTROLE

Wanneer - ondanks de hierboven aangegeven problemen - overeenstemming kon worden bereikt betreffende de omschrijving van het begin- en eindpunt van een onderzoek, doemden andere moeilijkheden op. De (niet alleen in alternatieve kring veelgehoorde) visie volgens welke iedere patiënt uniek is en dien-

tengevolge een unieke behandeling verdient, maakt dat aan de eis tot reproduceerbaarheid van de resultaten van een behandeling bij verschillende patiënten met hetzelfde ziektebeeld - die van reguliere zijde wordt gesteld - voor alternatieve beroepsbeoefenaren veelal principieel niet is te voldoen.

Het in de reguliere geneeskunde ter evaluatie van het effect van een geneesmiddel of behandelmethode gangbare - zij het ook daar geenszins alleen zaligmakende (Gel91, Van91; zie ook Her86, 10.3 en 10.5) - dubbelblinde onderzoek met placebo-controle*, is ook op andere gronden voor verschillende alternatieve groeperingen onaanvaardbaar. Zij stellen dat de componenten van hun behandelwijze - waarvan het toedienen van medicamenten niet altijd de belangrijkste is - niet los van elkaar kunnen worden gezien en dat hun geloof in een bepaalde behandeling daar een essentieel onderdeel van vormt, waardoor dit mede bepalend is voor het succes van die behandeling (10.4). Het weten dat de kans reëel is dat de patiënt een placebo krijgt, schaadt het geloof in eigen handelen en daarmee het resultaat daarvan.

Veelal wel acceptabel voor alternatieve beroepsbeoefenaren is een onderzoeksopzet waarin - eventueel geblindeerd - verschillende behandelwijzen worden vergeleken waarin de therapeut evenveel vertrouwen heeft (zie bijlage XII).

Een ander argument tegen onderzoek met placebo-controle - dat zowel van de zijde van de alternatieve behandelaars als van de patiënten wordt gehoord - is dat patiënten die hulp zoeken bij een alternatieve therapeut vaak in het reguliere circuit 'uitgedokterd' zijn; zij beschouwen de alternatieve beroepsbeoefenaar als ultimum refugium. Over het algemeen zijn noch de behandelaar, noch de patiënt in een dergelijke situatie bereid het 'risico' te nemen van een 'niet-echte' behande-

Dubbelblind onderzoek met placebo-controle is een vorm van klinisch onderzoek bij verschillende vergelijkbare groepen patiënten waarbij noch de behandelaar noch de patiënten weten wie de te onderzoeken behandeling en wie placebo krijgt.

ling. Gevolg is dat het, zelfs in die gevallen waarin de behandelaar in principe wel bereid zou zijn een geblindeerd onderzoek met placebo-controle uit te voeren, bijzonder moeilijk blijkt het daartoe benodigde aantal patiënten te werven.

In 10.3 heeft de commissie enkele mogelijkheden weergegeven die in de literatuur worden genoemd om uit de problemen met betrekking tot geblindeerd onderzoek met placebo-controle te geraken. Zoals gesteld in 11.2 verdient uitwerking van de mogelijkheid van 'triple-blind' onderzoek (waarbij behandelaar noch patiënt weten dat zij deelnemen aan het desbetreffende onderzoek) in het kader van onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve - maar ook van reguliere - behandelwijzen bijzondere aandacht.

Ten slotte wordt van reguliere zijde vrij algemeen het argument aangevoerd dat, zo al enig effect van alternatieve behandelwijzen valt vast te stellen, dit 'uitsluitend een placebo-effect' is. Uit hoofdstuk 10 moge duidelijk zijn geworden dat achter deze aanduiding een uitermate complex verschijnsel schuilgaat. Toegelicht werd dat men in alternatieve kring het placebo-fenomeen veelal anders waardeert en men het 'stimuleren van de eigen geneeskracht' (of 'het zelfhelend vermogen') van de patiënt als het meest wezenlijke van een behandeling beschouwt. De commissie verwacht dat nader inzicht in deze problematiek slechts is te verkrijgen door de in hoofdstuk 10 geformuleerde aanbevelingen op te volgen en onderzoek te verrichten naar de essentie van het placebo-fenomeen en naar de mogelijkheden tot optimale exploitatie daarvan.

12.6 CAUSALITEIT

Bij wetenschappelijk onderzoek naar het effect van een behandelwijze is het vaststellen van een causale samenhang tussen die behandelwijze en het (gunstige) therapeutische effect daarvan cruciaal (zie 8.2 en 9.3). Bij de pogingen dit uit te werken in een opzet voor onderzoek naar de effectiviteit van de verschillende alternatieve behandelwijzen, bleek

de kloof tussen reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren in een aantal gevallen inderdaad onoverbrugbaar. Aan de ene kant pogen reguliere medici een causale samenhang te bewijzen door het arrangeren van een 'proefopstelling' die kan leiden tot hetzij accepteren, hetzij verwerpen van de eraan ten grondslag liggende hypothese (zie hoofdstuk 8 en 9); zij willen een antwoord afdwingen. Aan de andere kant zien alternatieve beroepsbeoefenaren dikwijls een causale samenhang waar volgens regulier werkende medici op zijn hoogst sprake is van een samengaan, een correlatie in de tijd tussen vermeende oorzaak (therapeutische actie) en vermeend gevolg (therapeutisch succes). De samenhang tussen oorzaak en gevolg kan naar regulier inzicht geheel anders zijn (zie bijlage VIII); volgens veel reguliere beroepsbeoefenaren is de interpretatie van de alternatieven voor een aanzienlijk deel te herleiden tot magie.

12.7 DE INFORMATIEWAARDE VAN EFFECTIVITEITSONDERZOEK

In 12.1 werd gesteld dat elk onderzoek, van probleemstelling tot presentatie van de resultaten, plaatsvindt vanuit het denkkader van de onderzoekers. Bij de opzet en uitvoering van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen door regulier opgeleide onderzoekers zal het theoretisch kader van deze onderzoekers dan ook onvermijdelijk aanleiding zijn tot een scepticisme dat door Knipschild als 'paradigmatisch vooroordeel' is betiteld. Het gevolg kan een onevenredig kritische houding zijn ten opzichte van - ook naar reguliere criteria - effectief gebleken maar theoretisch onbegrijpelijke behandelwijzen. In het artikel 'Zur Glaubwürdigkeit alternativer Medizin' constateert Knipschild (Kni90) dat sommige therapeutische handelingen een bredere acceptatie ondervinden dan andere omdat ze logisch passen in het denkkader van de beoordelaar, de theorie van waaruit ze worden toegepast daarbinnen te verklaren is en het werkingsmechanisme te begrijpen: ze hebben - voor de beoordelaar - een grotere 'plausibiliteit'.

De theoretische achtergronden van alternatieve behan-

delwijzen zijn voor niet-ingewijden nauwelijks of niet te begrijpen; de - schaarse - verklaringen die worden gegeven passen niet in het denkkader van de westerse geneeskunde. De plausibiliteit van alternatieve behandelwijzen - en daarmee de geloofwaardigheid van de resultaten - is voor uitsluitend regulier opgeleide artsen gering.

Knipschild betoogt dat het doel van effectiviteitsonderzoek niet is iets te bewijzen, maar iets toe te voegen aan de geloofwaardigheid (de 'credibility') - en daarmee aan de mate van acceptatie - van een bepaalde hypothese. Hij stelt dat de mate waarin de 'credibility' van een hypothese verandert onder invloed van de resultaten van effectiviteitsonderzoek afhangt van xle kwaliteit van dergelijk onderzoek; hoe beter de kwaliteit, hoe minder gepubliceerd onderzoek nodig is om de lezer te overtuigen (zie ook Kni90a,b).

Daarnaast speelt echter de 'prior credibility', de aanvankelijke attitude van de beoordelaar ten aanzien van het desbetreffende onderwerp (c.q. medische handeling) een grote rol. Naarmate deze 'prior credibility' lager is omdat de plausibiliteit van de onderzochte behandelwijze voor de beoordelaar laag is, zal het aantal goed uitgevoerde onderzoeken met positief resultaat dat nodig is om diens oordeel ten gunste van de behandelwijze te beïnvloeden hoger zijn.

Bovenstaande betekent niet alleen dat, wil men regulier werkende artsen overtuigen van enigerlei effectiviteit van alternatieve behandelwijzen, in vergelijking met regulier effectiviteitsonderzoek meer positieve onderzoeksresultaten nodig zullen zijn en dat dergelijk onderzoek aan stringente eisen op methodologisch gebied zal moeten voldoen, maar ook dat het zeer moeilijk zal zijn de mening van overtuigde tegenstanders te wijzigen (zie ook bijlage IX; Las71, Dun77, VanSO, Fei85, Lub88). Anderzijds zullen (zeer) veel negatieve resultaten nodig zijn om de aanhangers van alternatieve behandelwijzen te doen twijfelen aan de geclaimde effectiviteit van hun behandelwijze of methode en zal het vaak onmogelijk blijken met negatieve resultaten van effectiviteitsonderzoek hun diepgewortelde overtuiging te doen wankelen.

Bovenstaande impliceert ook dat de overtuigingskracht van een enkel succes of een enkele mislukking gering is. Net zomin als één mislukking in de reguliere geneeskunde betekent dat de gehele reguliere geneeskunde wordt verlaten, zal één succes in de alternatieve sfeer een algemene acceptatie van alternatieve behandelwijzen kunnen betekenen.

12.8 ACCEPTATIEPROBLEMEN

In de voorgaande hoofdstukken zijn verschillende aspecten genoemd die een rol spelen bij de acceptatie van een bepaalde behandelwijze : de tijdgeest, de manier van denken en de ideologie in de gezondheidszorg, belangstelling van maatschappij en professie, financieel-economische aspecten, ethische aspecten. Behandelwijzen die tegemoet komen aan de belangstelling van de professie, die voorzien in een behoefte en die passen in de heersende gezondheidszorgideologie worden dan ook vaak snel en zonder al te veel kritiek geaccepteerd (Ver91) . In 12.1 en 12.7 is toegelicht dat hypothesen, theorieën en opvattingen over ziekte en behandeling die niet passen in en ook niet aansluiten bij het beeld dat in een bepaalde denkwereld bestaat over ziekte en behandeling, niet zonder meer worden aanvaard, zelfs niet indien de toegepaste behandeling duidelijk resultaat oplevert (zie ook Con89).

Een ander probleem is van kentheoretische aard: de weerstand tegen het omver laten werpen van het eigen denkkauder. Hierbij speelt mee dat acceptatie vaak impliciet de betekenis zou inhouden van eigen falen op bepaalde onderdelen (Lyn89).

Nog een ander aspect is dat het monopolie van kennis op een bepaald gebied vaak samengaat met het monopolie van een beroepsgroep ('gildenaspect'). Dit is van invloed op de attitude jegens elk handelen dat niet in het monopolistische beeld past. Het blijkt dan ook dat regulier werkende medici het beoefenen van alternatieve behandelwijzen door niet-artsen nog

moeilijker accepteren dan de toepassing van deze methoden door collegae. Maar ook binnen de verschillende alternatieve richtingen treft men dergelijke 'gilde-achtige' trekken aan.

Diegenen die alternatieve beroepsbeoefenaren zonder medische opleiding als 'kwakzalvers' bestempelen, gebruiken bij hun veroordeling vaak het argument dat de patiënt risico zou kunnen lopen. Zij zijn van mening dat alleen artsen een juiste diagnose kunnen stellen en kunnen inschatten of een reguliere behandeling - eventueel met spoed - aan de orde is (zie o. a. Kot92). Ook waarschuwen zij voor mogelijke bijwerkingen van de alternatieve behandeling zelf (zoals besmetting met virussen die AIDS of serumhepatitis kunnen veroorzaken danwei het veroorzaken van pneumothorax door ondeskundig hanteren van acupunctuurnaalden) .

De commissie vindt deze argumenten niet ongegrond. Zij onderschrijft dan ook de aanbevelingen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een gemeenschappelijk minimum vakkenpakket voor de basale vakgebieden verplicht te stellen en de onderscheiden alternatieve beroepsgroepen te verplichten een stelsel van beroepscode's en gedragsregels te formuleren en na te leven (NRV90). De commissie adviseert de in te stellen Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen (onder andere) te belasten met kwaliteitsborging - waaronder zij zowel kwaliteitsbewaking als kwaliteitsbevordering verstaat - van de basisopleiding van alle alternatieve beroepsbeoefenaren (zie 14.3.2).

12.9 MEDISCHE TECHNOLOGY ASSESSMENT ALS HULPMIDDEL

In 12.6 is ingegaan op de problemen die zich in het alternatieve veld voordoen bij het vaststellen van oorzaak-en-gevolg relaties. Soortgelijke problemen doen zich ook voor in de reguliere geneeskunde, mede als gevolg van de (thans nog) onvoldoende methodologische en onderzoekstechnische scholing van het merendeel van de praktiserende artsen. Men kan zelfs zeggen dat een stelselmatige epicrise in het regulier medisch

handelen bepaald nog geen gemeengoed is (Kro89). Diverse vorderingen in de reguliere geneeskunde zijn gegrondvest op aanvankelijk geïsoleerde, enkelvoudige/ soms één casus betreffende waarnemingen, zonder sluitende theoretische verklaring van de veronderstelde klaarblijkelijke wetmatigheid. Omdat zij echter passen in het gangbare denkkader, worden zij zonder veel discussie overgenomen. Het tempo waarin zich, zeker de laatste decennia, de ontwikkelingen voltrekken, werkt mede in de hand dat nieuwe technologieën reeds ruim worden toegepast zonder dat deze eerst terdege zijn geëvalueerd.

De commissie constateert dan ook met instemming dat de medische technology assessment (MTA, ofwel al die activiteiten die bijdragen aan het systematisch verhelderen van de gevolgen van toepassing van medische technologie*, zich in Nederland in een toenemende belangstelling mag verheugen. Steeds duidelijker wordt ingezien dat, zowel met betrekking tot de medische zorg zelf als met betrekking tot de structuur waarbinnen die zorg wordt verleend, een afweging van waarden noodzakelijk is en dat daarbij, naast medische overwegingen, ook aspecten als maatschappelijke, ethische en juridische aanvaardbaarheid en de verhouding tussen kosten en effectiviteit een belangrijke rol spelen. MTA kan een kader bieden waarbinnen de (para)medische - zowel reguliere als alternatieve - professie als het ware verantwoording kan afleggen van haar doen en laten ten opzichte van de samenleving als geheel en de patiënten in het bijzonder (RGO88; zie ook Rig89).

Hoewel op dit gebied - zowel voor reguliere als voor alternatieve beroepsbeoefenaren - ongetwijfeld nog een lange weg te gaan is, stelt de commissie zich achter hetgeen Rigter, bijzonder hoogleraar maatschappelijke aspecten van medische technologie, in zijn oratie stelde: 'MTA hoort thuis op al die plekken waar wetenschap en praktijk in de gezondheidszorg elkaar ontmoeten' (Rig89).

Medische technologie: technieken, geneesmiddelen, hulpmiddelen en werkwijzen die door werkers in de gezondheidszorg worden gebruikt bij het geven van medische zorg aan mensen, en de systemen waarbinnen deze zorg wordt verleend (Rig89).

12.10 CONCLUSIE

Bij de opzet, uitwerking en beoordeling van onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen en bij de mate van acceptatie van de resultaten daarvan, vormen de verschillen in denkkader en mensbeeld die bestaan tussen alternatieve en reguliere beroepsbeoefenaren een belangrijk struikelblok. Veelal zijn de talrijke praktische problemen die zich voordoen, maar ook de gesignaleerde emotionele en soms tijds irrationele reacties, op deze verschillen terug te voeren.

De in dit hoofdstuk geschetste problematiek rondom de acceptatie van bepaalde vormen van geneeskundig handelen is niet nieuw. Ook de reguliere geneeskunde heeft haar bestaansrecht moeten bevechten, tegen theorieën en opvattingen in die al duizenden jaren stand hielden. Ontdekkingen als het bestaan van de bloedsomloop, de celfunctie en de rol van bacteriën en virussen bij infectieziekten werden aanvankelijk zeker niet zonder meer aanvaard. Reden dat de op deze - en vele andere - ontdekkingen gebaseerde moderne reguliere geneeskunde uiteindelijk is geaccepteerd en waardering ondervindt, is dat men er geleidelijk in is geslaagd met een overvloed aan argumenten en resultaten van wetenschappelijk onderzoek de tegenstanders te overtuigen. Het blijkt derhalve mogelijk een wetenschappelijke gemeenschap met behulp van voldoende goed opgezette en goed uitgevoerde experimenten op den duur te overtuigen. Dit geldt zowel in positieve als in negatieve zin en zowel op regulier als op alternatief gebied.

De commissie adviseert het alternatieve veld derhalve - en de tijd daarvoor is duidelijk rijp - te trachten langs de weg van medische technology assessment, dus via activiteiten die kunnen bijdragen aan het systematisch verhelderen van de gevolgen van toepassing van 'alternatieve technologie' - de gewenste acceptatie te verwerven. De in dit advies geformuleerde richtlijnen en de in de bijlagen opgenomen onderzoeksvoorstellen kunnen behulpzaam zijn bij het zetten van een eerste stap op deze weg.

13 CONSEQUENTIES VAN DE KNELPUNTEN VOOR HET
EFFECTIVITEITSONDERZOEK

13.1 VICIEUZE CIRKEL

13.1.1 Geen onderzoek zonder theorie

Aan de commissie is gevraagd methoden aan te geven 'met behulp waarvan de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen redelijkerwijs aantoonbaar kan worden gemaakt' (1.1). In 11.4 is toegelicht dat dit volgens de commissie om pragmatische redenen het beste kan geschieden door, onder voorbijgaan aan de theoretische achtergronden van waaruit de verschillende behandelwijzen worden toegepast, uitsluitend de resultaten van de behandeling in de beschouwingen te betrekken. De commissie realiseert zich het gevolg van deze benadering: zoals is toegelicht in 12.7 zal het moeilijk tot onmogelijk zijn niet-aanhangers te overtuigen van enig positief resultaat van een bepaalde behandelwijze indien voor de daaraan ten grondslag liggende theorieën geen passende verklaring of ten minste een mogelijkheid tot interpretatie wordt gegeven.

Op verschillende plaatsen in dit rapport, maar zeker ook in de overvloedige literatuur betreffende dit onderwerp, is de relatie tussen de theoretische achtergronden en datgene wat wordt beschouwd als resultaat, werkelijkheid of feit aan de orde gesteld:

het is algemeen aanvaard dat wetenschap de werkelijkheid beschouwt vanuit een theoretisch kader (7.7)
feiten zijn 'theory-laden' (7.3)
een onderzoeker kan de realiteit slechts vanuit een bepaald - vaak impliciet - gezichtspunt benaderen;

steeds zullen andere gezichtspunten denkbaar en aanwijsbaar zijn waaraan wordt voorbijgegaan; (Kuh62, Seg77).

beschrijvingen bevatten kennis van algemene aard; dit betekent dat daarbij theoretische noties worden verondersteld (Rus48)

er bestaan geen neutrale feiten omdat geen 'neutrale observatietaai' bestaat (12.2)

slechts diegene kan zich een oordeel vormen, die voldoende inzicht heeft in de desbetreffende theoretische begrippen (12.2)

een behandeling is een operationalisatie van een aantal theoretische begrippen (9.3.3)

een zekere theoretische kennis betreffende het te onderzoeken gebied is onontbeerlijk (12.1).

De conclusie zou derhalve kunnen luiden dat de door de commissie bepleite aanpak, namelijk onderzoek zonder theorie, principieel onmogelijk is.

Volgens veel filosofen en empirische onderzoekers blijkt in de praktijk echter dat onderzoekers met verschillende theoretische voorkeuren het er over eens kunnen worden dat sommige termen voor hen dezelfde betekenis hebben, waardoor in theoretisch opzicht concurrerende onderzoekers toch op een gemeenschappelijk empirisch vlak hun strijd kunnen beslechten. Dit maakt vermeerdering van kennis en daarmee wetenschappelijke vooruitgang mogelijk (Cor85).

De knelpunten die zich in het onderhavige geval voordoen bij het bereiken van overeenstemming over de betekenis van bepaalde termen, zijn aan de orde gesteld in 11.4 en hoofdstuk 12: de theorieën waarop alternatieve behandelwijzen zijn gebaseerd - zo deze al zijn geformuleerd - zijn uitgewerkt vanuit een mensbeeld en in een denkkader dat voor uitsluitend regulier opgeleiden niet is in te voelen, laat staan te begrijpen; bovendien wordt veelal gebruik gemaakt van een taxonomie die geen aansluiting biedt op enige in de reguliere

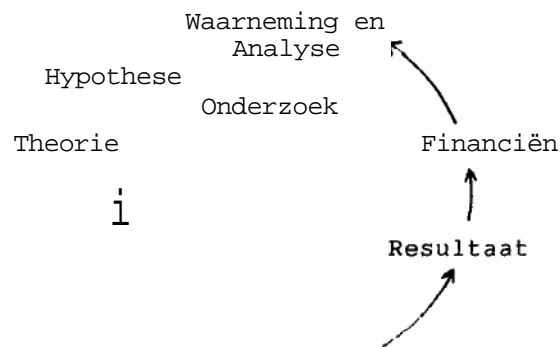
geneeskunde gangbare indeling van ziekten; een en ander wordt vaak verwoord in een door reguliere beroepsbeoefenaren als mistig en verward ervaren jargon. Dit heeft tot gevolg dat alternatieve therapieën en de daaraan ten grondslag liggende gedachten niet-aanhangers over het algemeen dermate vaag en onwetenschappelijk aandoen dat zij onacceptabel worden geacht.

Rechtstreeks gevolg hiervan is weer dat bij de verdeling van de schaarse middelen (zowel personeel als financieel) die voor wetenschappelijk onderzoek ter beschikking staan, voorstellen voor onderzoek op alternatief gebied over het algemeen weinig kans zullen maken.

13.1.2 Geen theorie zonder onderzoek

Op verschillende plaatsen in dit rapport is gesteld dat aan de alternatieve stromingen geen uitgewerkt, op getoetste hypothesen gebaseerd theoretisch kader ten grondslag ligt. Toch is enige duidelijkheid in de theorie waarop een behandelwijze is gebaseerd noodzakelijk, wil men de hiervoor bedoelde (13.1.1) overeenstemming betreffende de betekenis van enkele vitale begrippen kunnen bereiken en vervolgens over de resultaten van die behandelwijzen kunnen communiceren met niet-aanhangers van de desbetreffende stroming. Daarom heeft de commissie de werkgroepen verzocht de belangrijkste aan hun behandelwijze ten grondslag liggende hypothesen te formuleren (zie 11.1). Deze konden, als gevolg van de boven aangegeven belemmeringen, over het algemeen slechts in zeer algemene bewoordingen worden gesteld.

Dit betekent dat deze hypothesen zullen moeten worden aangescherpt alvorens zij daadwerkelijk kunnen worden getoetst. Hiertoe is evenwel nader onderzoek nodig. Een eerste aanzet daartoe zal moeten worden gegeven door de alternatieve beroepsbeoefenaren zelve: het is noodzakelijk dat zij in eigen kring een begin maken met het analyseren van hun behandelwijze en het expliciteren van hun theorieën (zie 12.2). In een aantal gevallen zal echter ook hiervoor onderzoek noodzakelijk

DE R E L A T I E T U S S E NIn de reguliere onderzoekswereld: een productieve kringloopToelichting:

Waarneming en analyse leiden tot theorievorming; vanuit de theorie worden hypothesen geformuleerd die met behulp van onderzoek worden getoetst. Indien dit onderzoek resultaat oplevert (d.w.z.: de hypothese bevestigt danwei falsificeert) kan met dit resultaat de financiering van nader onderzoek worden beargumenteerd - waaraan wederom waarneming, analyse, theorie- en hypothesevorming ten grondslag zullen liggen.

O N D E R Z O E K E N T H E O R I E :II In het alternatieve veld: een onproductieve kringloop
(viciëuze cirkel)Geen analyse van de
behandelwijzeGeen duidelijke
theorie

Geen financiën

Geen toetsbare
hypotheseGeen buiten de eigen
kring geaccepteerde
resultaten

1

Geen aansluiting bij
westers opgeleide
wetenschapsbeoefenarenGeen buiten de eigen
kring geaccepteerd
onderzoek

7

Toelichting:

Als gevolg van onvoldoende kritische waarneming en derhalve ook het achterwege blijven van een analyse van hetgeen met een behandeling wordt bewerkstelligd, vindt geen theorievorming plaats. Derhalve kunnen geen toetsbare hypothesen worden geformuleerd. Zelfs indien men hiertoe een poging onderneemt, blijkt in de meeste gevallen de formulering voor westers opgeleide wetenschapsbeoefenaren dermate onduidelijk dat geen aansluiting kan worden gevonden. Gevolg is dat geen onderzoek kan worden opgezet dat buiten de eigen kring wordt geaccepteerd en dus ook geen voor buitenstaanders acceptabele onderzoeksresultaten ter beschikking komen, waardoor ook geen argumenten voorhanden zijn om financiering van beter opgezet onderzoek te bepleiten.

Zolang men er niet in slaagt allereerst in eigen kring te komen tot een kritische analyse van het eigen handelen en hetgeen daarmee wordt beoogd en vervolgens tot een beschrijving van een en ander in ook voor reguliere medici begrijpelijk taal, zal deze cirkel niet kunnen worden doorbroken.

zijn - dat over het algemeen meer geld, menskracht en kennis behoeft dan in eigen gelederen ter beschikking staan.

Enige 'positieve actie' van 'buiten' is derhalve noodzakelijk. De animo bij potentiële subsidiegevers zal evenwel gering zijn zolang uit effectiviteitsonderzoek niet is gebleken dat de desbetreffende alternatieve behandelwijze enig effect oplevert ... (zie ook Pie92). Een illustratie van dit probleem geeft de commissie in de figuren op de voorgaande pagina's.

13.2 CONSEQUENTIES

Eerste consequentie van de in 13.1 geschetste problematiek voor het werk van de commissie was dat moest worden vastgesteld dat het niet correct is voorstellen voor onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen te laten formuleren en beoordelen door uitsluitend regulier opgeleide medici. Zoals vermeld in paragraaf 1.3 heeft de commissie gepoogd dit op te lossen door de haar gestelde vraag voor te leggen aan werkgroepen waarin naast commissieleden alternatieve artsen zitting hadden. De resultaten van de in de werkgroepen gevoerde discussies kwamen overeen met de strekking van het hiervoor betoogde:

het is noodzakelijk een begrippenkader/terminologie te ontwikkelen waarbinnen de gebruikte termen voor onderzoekers uit de verschillende richtingen dezelfde betekenis hebben (semiologisch onderzoek, transcriptie) opzet en uitvoering van onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen zal in nauwe samenwerking tussen regulier en alternatief moeten plaatsvinden

evaluatie van onderzoeksresultaten door uitsluitend regulier geschoolde medici zal nooit recht kunnen doen aan de onderzochte alternatieve behandelwijze.

De commissie adviseert doorbraak van de in 13.1 beschreven vicieuze cirkel te bespoedigen door allereerst de in

de bijlagen bij dit advies geformuleerde onderzoeksvoorstellen uit te voeren; voor deze projecten hebben de werkgroepen immers - in zich vaak over vele jaren uitstreckende discussies - boven toegelichte problemen weliswaar niet in alle gevallen kunnen oplossen, maar wel kunnen analyseren. Uitgaande van de resultaten van deze onderzoeken kan dan verder worden gewerkt aan de opzet van meeromvattende projecten.

Voor onderzoek zijn echter financiële middelen van node. De commissie adviseert de eerste jaren - in analogie aan hetgeen in de VS en in een groot aantal Europese landen het geval is (zie 15.5) - een doelsubsidie te verlenen voor gedegen onderzoek op alternatief gebied. Bij de allocatie van deze gelden zou de in te stellen Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen (zie hoofdstuk 14) een belangrijke adviserende rol dienen te spelen (zie ook 14.6).

13.3 LOPEND EN TOEKOMSTIG ONDERZOEK

In 13.1 is toegelicht dat analyse van de verschillende behandelwijzen noodzakelijk is, wil men een theoretisch kader kunnen ontwikkelen dat enerzijds aansluiting geeft op het hedendaags, medisch-wetenschappelijk denken en anderzijds op de denk- en belevingswereld van de verschillende alternatieve beroepsbeoefenaren. Zulks ligt in de eerste plaats op de weg van de alternatieve beroepsbeoefenaren zelve. Waarschijnlijk zal een dergelijke aanpak het meest rendabel zijn voor die behandelwijzen naar de effectiviteit waarvan inmiddels enig onderzoek is verricht.

De commissie verwacht dat een analyse van de centrale claim van de alternatieve beroepsbeoefenaren, namelijk dat dezen - bijvoorbeeld via het gebruik van acupunctuurnaalden, gepotentieerde medicamenten, bepaalde kruiden of (streng) leefregels - de 'eigen geneeskracht' of het 'zelfhelend vermogen' van de patiënt stimuleren, van fundamenteel belang zal blijken. Eerst zal moeten worden nagegaan wat onder dit 'zelfhelend vermogen' kan worden verstaan en in hoeverre het stimuleren van dit zelfhelend vermogen vergelijkbaar is met het

teweeg brengen van een placebo-effect (zie hoofdstuk 10). Vervolgens kan worden onderzocht of, en zo ja op welke wijze en in welke mate, beïnvloeding daarvan zou kunnen geschieden (door de persoon/patiënt in kwestie zelve of door de patiënt met behulp van een (professionele) hulpverlener) en op welk niveau: het niveau van de persoon/patiënt (respectievelijk diens kracht en intentie tot genezen) of rechtstreeks, door directe beïnvloeding van het geneesproces* (zie ook bijlage XI^A).

De reguliere geneeskunde neemt deze vragen in toenemende mate serieus. Het placebo-fenomeen krijgt wereldwijd (Verenigde Staten, Australië, Canada, verschillende Europese landen incl. Nederland) aandacht van wetenschappelijke onderzoekers uit verschillende disciplines (psychologie, biologie, geneeskunde, cybernetica, taal filosofie) (zie 10.5).

In Rotterdam bestaat sedert 1988 het Helen Dowling Institute for Biopsychosocial Medicine, waar, met subsidie van WVC, onderzoek wordt verricht naar de fysieke, psychologische en sociale aspecten van genezen en geneesprocessen. Tevens wordt onderzoek gedaan naar de meetbare effecten van psychologische en sociale factoren op lichaamsfuncties. Het werk van dit instituut is gebaseerd op de overtuiging dat de afhankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen zo sterk is toegenomen dat het besef zelf invloed te kunnen uitoefenen op het ziektebeloop vrijwel geheel verloren dreigt te gaan. Uitgangspunt van het beleid van het Helen Dowling Instituut is dat het bewust maken van die eigen mogelijkheden, niet alleen bij patiënten maar ook bij hulpverleners, veel kan bijdragen om de medische en verpleegkundige zorg volledig tot haar recht te laten komen (HDI90).

De invloed van psychosociale factoren op de functie van het immuunsysteem ('psychó-neuro-immunologie', 'neuro-immunomodulatie' of 'behavioral immunology') heeft, vooral in

Onder 'het geneesproces' wordt het geheel van processen verstaan via welke de patiënt herstelt.

de Verenigde Staten, in het laatste decennium veel aandacht gekregen. Relatief veel onderzoek richt zich op de invloed van belastende situaties ('stress', zie o.a. GR92a), maar boeiende resultaten zijn ook verkregen uit onderzoek over conditionering van de immuunrespons, over de invloed van hypnose en geleide fantasie en over het effect van psycho-interventie bij patiënten met kanker en AIDS.

In Nederland is psycho-immunologisch onderzoek geïnitieerd door onderzoekers uit het Academisch Ziekenhuis te Utrecht, in nauwe samenwerking met het Rudolf Magnus Instituut en, in een later stadium, met de Vakgroep Klinische Psychologie uit de faculteit sociale wetenschappen.

In 1991 is vanwege het Utrechts Universiteitsfonds een leerstoel Psychoimmunofysiologie ingesteld. Als onderwerpen voor toekomstig onderzoek op dit gebied noemt de op deze leerstoel benoemde prof dr RE Ballieux (Bal91a,b):

de mechanismen die ten grondslag liggen aan de verandering van immuunreactiviteit door psychosociale stimuli;

de veranderingen in het centrale zenuwstelsel ten gevolge van een stimulatie van het immuunsysteem met een antigeen in samenhang waarmee een verandering in gedrag kan worden waargenomen;

de klinische relevantie van de waargenomen interactie tussen emoties, stress en immuunfunctie; de toepassing van geconditioneerde reacties (zowel activatie als suppressie) van het immuunsysteem.

De RGO heeft in zijn in 1991 uitgebrachte advies 'Chronische aandoeningen: Prioriteiten voor onderzoek' onder andere bepleit de komende jaren veel aandacht te besteden aan het onderzoek dat zich bezighoudt met de bestudering van het kankervraagstuk in relatie tot menselijk gedrag en daarmee samenhangende psychosociale aspecten. Als een van de aandachtspunten wordt genoemd de validering van de aanname dat de psychologische reactie van een patiënt op het ziekzijn is gecorreleerd met het ziektebeloop. In het verlengde hiervan acht

de RGO onderzoek gewenst naar handzame, valide en betrouwbare instrumenten om kwaliteit van leven te kunnen meten.

Voorts bepleit de RGO een accentverschuiving in de richting van het strategisch onderzoek*; voorgesteld wordt via een apart Stimuleringsprogramma Strategisch Onderzoek te proberen de basiswetenschappen, met name de moleculaire biologie, meer te betrekken bij klinische vraagstukken (RG091).

Lopend onderzoek in het kader van de verschillende facultaire zwaartepunten van de medische faculteiten kan eveneens resultaten opleveren die kunnen bijdragen tot verheldering van de problemen die in dit advies zijn aangeduid.

Maar ook aan de alternatieve kant wordt gewerkt aan onderzoek dat het wellicht op den duur mogelijk zal maken inzicht te verkrijgen in het hoe en waarom van alternatieve behandelwijzen. Genoemd moet worden het idee van het 'grondstelsel' dat oorspronkelijk is ontwikkeld door Pischinger (Pis83) en later door verschillende onderzoekers (onder wie de leden van het voormalige Utrechtse Transferpunt, zie 14.5.3) tot het begrip 'basisbioregulatiesysteem' (BBRS) is uitgewerkt (Lin89, Wij89, Hei91). Het is de commissie gebleken dat in Nederland veel alternatieve beroepsbeoefenaren dit BBRS als denkmodel hanteren. De mogelijkheid bestaat dat conceptuele overeenkomsten bestaan tussen dit basisbioregulatiesysteem en de 'fysiologische interface' die de commissie beschrijft in 10.5.

Interessant is ook het 'electromagnetisch bio-informatie paradigma' (Pop87,89) dat thans gp verschillende plaatsen ter wereld (GOS, VS) aandacht krijgt; volgens dit denkmodel is niet de energetische sterkte van een prikkel van belang, maar de via een prikkel overgedragen informatie. Over dit onderwerp is gepubliceerd door onder anderen Prigogine, Popp, Fröhlich,

Onder 'strategisch onderzoek' verstaat de RGO onderzoek dat is gericht op het verkrijgen van inzicht in de achterliggende oorzaken en het ontstaan van ziekten, vooral met het oog op preventie en genezing (RG092). Zie ook bijlage VII, deel 2, sub 5.1.

Motoyama en in Nederland door Kasteleijn (Kas90,91a,b,92,93) en van Wijk (Wij91)*. Nadere uitwerking van deze denkmodellen zal echter nog veel onderzoek vereisen.

13.4 CONCLUSIE

Tussen de theoretische achtergrond van waaruit een onderzoek wordt opgezet en de beoordeling van de resultaten daarvan bestaat een directe relatie. Indien de opzet van een onderzoek geschiedt vanuit een ander denkkader dan de beoordeling, zal het moeilijk zo niet onmogelijk zijn overeenstemming te bereiken over de waarde van de resultaten of de interpretatie daarvan. Daarom is het noodzakelijk, wil men met enige kans op succes - waaronder in dit geval moet worden verstaan acceptatie buiten de eigen kring - onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen kunnen opzetten en uitvoeren, allereerst overeenstemming te bereiken inzake de inhoud van voor dergelijk onderzoek relevante begrippen.

Hiertoe zullen niet alleen de alternatieve beroepsbeoefenaren onderling overeenstemming moeten bereiken over hun wijze van behandelen en hetgeen zij daarmee beogen en vervolgens komen tot een verwoording van een en ander in voor regulier werkende medici en wetenschappelijke onderzoekers begrijpelijke taal; ook een analyse van het regulier medisch handelen en van hetgeen daarmee in feite wordt beoogd is van fundamenteel belang voor wezenlijke communicatie tussen regulier en alternatief.

Voor de alternatieve beroepsbeoefenaren zal theorievorming en het opstellen van hypothesen onvermijdelijk blijken. De geformuleerde hypothesen zullen moeten worden getoetst; dit betekent dat onderzoek zal moeten worden gedaan. De kans op de voor realisering daarvan benodigde wetenschappelijke en financiële ondersteuning zal het grootst zijn indien de desbetreffende behandelwijze aantoonbaar resultaat oplevert. Overeenstemming over hetgeen als resultaat kan worden

Zie ook het Annex bij bijlage XI^A

geboekt, zal evenwel pas kunnen worden bereikt nadat overeenstemming is bereikt inzake de inhoud van de te hanteren begrippen.

De commissie adviseert deze vicieuze cirkel te doorbreken door allereerst de door de verschillende werkgroepen geformuleerde onderzoeksvoorstellen - waaromtrent reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren ten slotte overeenstemming hebben weten te bereiken - uit te voeren. Vanuit de daarmee bereikte resultaten kan worden gewerkt aan nader onderzoek, niet alleen op het gebied van de effectiviteit maar ook naar de mechanismen volgens welke en de omstandigheden waaronder de geconstateerde effecten worden bereikt. De commissie heeft kunnen vaststellen dat een aantal beroepsbeoefenaren die op dit gebied werkzaam zijn, bereid en in staat is tot overleg en samenwerking; reden dat zij verwacht dat zinvol onderzoek met redelijke kans van slagen mogelijk zal zijn. Zij acht het dan ook verantwoord hiertoe de komende jaren een doelsubsidie beschikbaar te stellen.

De commissie wijst er op dat de resultaten van effectiviteitsonderzoek consequenties moeten hebben: indien uit herhaald en volgens de in dit advies geformuleerde richtlijnen opgezet en uitgevoerd onderzoek blijkt dat met een behandelwijze positieve resultaten worden bereikt, moet een dergelijke behandelwijze worden erkend. Indien echter bij herhaling blijkt dat aan een behandelwijze geen als positief te duiden resultaten kunnen worden toegeschreven, dient elke vorm van erkenning aan de desbetreffende behandelwijze te worden onthouden en dienen eventueel eerder genomen beleidsmaatregelen ten gunste van die behandelwijze te worden teruggedraaid. Eenzelfde standpunt neemt de commissie overigens in ten aanzien van reguliere behandelwijzen.

De aard van de problemen die zich voordoen bij zowel onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen als bij het in dit advies bepleite meer fundamentele onderzoek en de evaluatie daarvan geeft een indruk van de bij-

zondere eisen die moeten worden gesteld aan de Coördinatie-commissie Alternatieve Behandelwijzen, tot instelling waarvan de commissie in hoofdstuk 14 adviseert.

De commissie hoopt dat haar advisering ertoe zal leiden dat in de toekomst, mogelijk via een koppeling van de resultaten uit onderzoek op het gebied van de psycho-neuro-immunologie, van de 'bio-psycho-sociale geneeskunde' en van onderzoek naar het placebo-fenomeen, een brug kan worden geslagen tussen de verschillende - nu nog als 'regulier' en 'alternatief' bekend staande - behandelwijzen.

14 COÖRDINATIECOMMISSIE ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

14.1 INLEIDING

De laatste vraag die in adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad is gesteld, luidde:

'Ten slotte zou ik graag vernemen, of er naar de mening van uw Raad gronden zijn om een (mogelijk reeds bestaande) instantie te vragen zich permanent met de vraagstukken die zich in de komende jaren rondom de alternatieve behandelingswijzen zullen aandienen, bezig te houden, en zo ja, op welke wijze dit het beste zou kunnen geschieden'.

In de jaren waarin de commissie zich met het onderwerp heeft beziggehouden, is zij, in het verlengde van haar eigenlijke opdracht (het formuleren van voorstellen voor onderzoek met behulp waarvan de - eventuele - effectiviteit van alternatieve behandelwijzen zou zijn aan te tonen) ook met vele aspecten van de alternatieve beroepsbeoefening, zowel door artsen als door niet-artsen, in aanraking gekomen. De commissie is daarbij tot de overtuiging gekomen dat enigerlei vorm van 'bezighouden met' als bedoeld in de adviesaanvraag inderdaad uitermate nuttig zou kunnen zijn. Een aanbeveling van deze strekking is overigens ook door de Commissie Muntendam verwoord (CAG81, zie bijlage I).

In dit hoofdstuk worden de uitvoerige bespiegelingen die de commissie aan dit onderwerp heeft gewijd met de daaraan ten grondslag liggende inventarisatie weergegeven. Een en ander mondt uit in een voorstel tot het instellen van een Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen welke bij voorkeur zou moeten worden ondergebracht bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Om te voorzien in de leemte die - onvermijdelijk -

ontstaat na décharge van de commissie, wordt voorgesteld reeds op korte termijn een kleine 'kerngroep' te belasten met de zorg voor de continuïteit in de contacten tussen veld en overheid en met de opzet van bedoelde Coördinatiecommissie.

14.2 COÖRDINATIEPUNT: BRIEF VICE-VOORZITTER GEZONDHEIDSRAAD JUNI 1988

Reeds in juni 1988 heeft de Vice-Voorzitter van de Gezondheidsraad - tevens Voorzitter van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen - schriftelijk de aandacht gevraagd van de toenmalige Directeur-Generaal van de Volksgezondheid voor de haars inziens noodzakelijke permanente bemoeienis met de verschillende vraagstukken met betrekking tot de alternatieve behandelwijzen (zie bijlage X). Dit geschiedde naar aanleiding van het voorstel tot het instellen van een 'Coördinatiepunt alternatieve behandelwijzen' zoals geformuleerd in het tegelijkertijd door de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid uitgebrachte advies inzake de mogelijkheden tot onderzoek van substitutie-effecten/verzekerbaarheid van alternatieve geneeswijzen (NRV/ZFR88; zie ook 2.2).

In bedoeld schrijven werd - vooruitlopend op de beantwoording van het laatste punt uit de adviesaanvraag - voorgesteld een dergelijk coördinatiepunt een ruimere opdracht te verstrekken zodat tevens tegemoet zou kunnen worden gekomen aan de door de commissie gesignaleerde behoefte aan stimulering en coördinatie van wetenschappelijk onderzoek en aan begeleiding, coördinatie en follow-up van de zich op verschillende niveau's voltrekkende ontwikkelingen op alternatief gebied.

Als argument voor een dergelijke ruimere opdracht werden in het bijzonder de aspecten wetenschappelijk onderzoek en voorlichting naar voren gebracht (zie ook bijlage X).

14.2.1 Wetenschappelijk onderzoek

Als bijlagen bij het advies van de commissie zijn voorstellen opgenomen voor onderzoek naar de effectiviteit van

bepaalde alternatieve behandelwijzen. De commissie acht het van belang dat deze daadwerkelijk worden uitgevoerd (zie ook 13.2); daarnaast is adequate follow-up van inmiddels - (mede) met financiële steun van WVC - gestarte pilotstudies noodzakelijk. Wetenschappelijke begeleiding is hierbij onontbeerlijk. De commissie heeft ervaren dat de alternatieve beroepsbeoefenaren - vooralsnog - grote moeite hebben met het zelfstandig opzetten, ten uitvoer brengen en evalueren van wetenschappelijk onderzoek. In tegenstelling tot de reguliere medische wetenschap ontbeert men een universitaire structuur waarbinnen vragen die zich voordoen bij de opzet en uitwerking van een onderzoek in overleg met deskundigen uit verschillende disciplines helder kunnen worden geformuleerd, uitgewerkt tot realiseerbare projecten en kritisch geëvalueerd.

Ook coördinatie van de verschillende projecten is van belang. Het is de commissie bij herhaling gebleken dat onderzoekers niet alleen hun voordeel kunnen doen met eikaars ervaringen, maar dat bovendien voor een bepaald onderzoek ontwikkelde methoden of vragenlijsten in een aantal gevallen ook voor ander onderzoek kunnen worden gebruikt.

Verwacht kan bovendien worden dat, indien uit effectiviteitsonderzoek positieve resultaten naar voren komen, zulks niet alleen de vraag naar nader onderzoek naar de (achtergronden van) de desbetreffende methode zal oproepen, maar ook de vraag naar validering van de verschillende in alternatieve kring gangbare (diagnostische) meetmethoden zal versterken. Ook hierbij is een kritische, wetenschappelijke aanpak onmisbaar.

Aangezien de Gezondheidsraadcommissie na het uitbrengen van haar rapport zal worden ontbonden, vervalt ook haar nevenfunctie, die - als aangegeven in 1.4.4 - bestaat uit het adviseren van de Staatssecretaris van WVC bij het beoordelen van subsidie-aanvragen voor wetenschappelijk onderzoek binnen de alternatieve sector en het eventueel bijsturen daarvan. Toch zal dit soort werkzaamheden ook in de toekomst moeten worden verricht. Hierbij moet niet alleen aan adviseren, sti-

muieren en coördineren van onderzoek worden gedacht, maar ook aan advisering inzake prioriteiten in onderzoek op alternatief gebied en aan allocatie van middelen.

De commissie wijst erop dat onder coördinatie en follow-up ook registratie van de verschillende projecten moet worden begrepen; zulks mede ter voorkoming van de - van verschillende zijden in zowel het reguliere als alternatieve veld gesignaleerde - publicatiebias (Eas90, Kle91,92).

Niet alleen op regulier medisch en technologisch gebied, maar ook in de sociologie en de psychologie vinden de laatste jaren in hoog tempo ontwikkelingen plaats die het mogelijk maken inzicht te verkrijgen in bepaalde aspecten van de werkzaamheid van een behandelwijze die tot voor kort nog vrijwel niet onderzoekbaar waren. In 10.3 werd melding gemaakt van de ontwikkelingen in het onderzoek naar placebo-effecten. In 13.3 werd het werk genoemd van het Helen Dowling Instituut en het onderzoek op het gebied van de psycho-neuro-immunologie. Eveneens in 13.3 werd het onderzoek aangestipt dat vanuit de alternatieve hoek wordt verricht.

Op het gebied van de psychologie kan de ontwikkeling worden vermeld van schalen ter operationalisering van subjectieve factoren als algemeen welbevinden en belevingssfeer.

In 12.2 en 13.1 heeft de commissie toegelicht dat, wanneer men zich bezig houdt met effectiviteitsonderzoek, aandacht zal moeten worden besteed aan de voor de communicatie tussen beroepsbeoefenaren en onderzoekers uit het reguliere en het alternatieve veld noodzakelijke 'taal'; gesteld werd dat behoefte zal blijken te bestaan aan explicitering van de verschillende theoretische begrippenkaders. Men zou daarbij tot de conclusie kunnen komen dat gedisciplineerd en professioneel filosofisch grondslagenonderzoek onmisbaar is.

Deze uiteenlopende, deels zich snel voltrekkende en deels in gang te zetten ontwikkelingen vormen evenzovele argumenten voor een nauwere betrokkenheid van universitaire vakgroepen bij wetenschappelijk onderzoek op alternatief gebied. Hoewel de universiteiten in principe ook voor onderzoekers uit

alternatieve richtingen openstaan (zie 14.5.2), blijken zich in de praktijk op dit gebied toch vaak grote problemen voor te doen (Ald90, zie ook 12.1 en 13.2).

De commissie is van mening dat een door regulier en alternatief geaccepteerde coördinerende instantie een belangrijke faciliterende rol kan spelen bij de communicatie tussen onderzoekers en wetenschapsbeoefenaren uit de verschillende richtingen. Zij acht het bovendien van essentieel belang dat 'ergens' inhoudelijk overzicht bestaat van hetgeen zich op de uiteenlopende vakgebieden voltrekt en dat een wetenschappelijk college de discussie stimuleert tussen onderzoekers uit de verschillende richtingen en daartoe ook de gelegenheid creëert; maar ook dat kritisch en met kennis van zaken wordt bezien welke van de vele ontwikkelingen een mogelijke sleutel bieden tot nader onderzoek, niet alleen naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen, maar ook naar de mechanismen volgens welke en de voorwaarden waaronder de geconstateerde effecten tot stand komen.

De commissie wijst er in dit verband op dat, willen de universitaire vakgroepen daadwerkelijk hun medewerking kunnen verlenen aan wetenschappelijk onderzoek op alternatief gebied, daartoe onderzoeksgelden nodig zijn. Gezien de huidige financiële positie van de universiteiten zullen deze voornamelijk uit de derde geldstroom (i.c. WVC) moeten komen.

14.2.2 Voorlichting

Naast het door WVC gesubsidieerde Landelijk Overleg Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG), waar ook een telefonische informatielijn functioneert, bestaan thans binnen verschillende - van oorsprong reguliere - patiëntenverenigingen alternatieve secties. De commissie acht het van belang voor de volksgezondheid dat dergelijke patiëntenorganisaties ten behoeve van hun leden over betrouwbare informatie beschikken en dat coördinatie plaatsvindt van de door de verschillende organisaties te verschaffen informatie over alternatieve behandelwijzen. Het verdient aanbeveling

hierbij het LPCP* te betrekken.

Een op wetenschappelijke leest geschoeid coördinatiepunt waar een zo compleet en up-to-date mogelijk inzicht in en overzicht van de ontwikkelingen in het alternatieve veld bestaat, zou ook voor reguliere medici - mede gezien de vragen die door patiënten over deze materie worden gesteld - van nut kunnen zijn.

Mede gezien de bij veel patiënten bestaande belangstelling voor alternatieve behandelwijzen acht de commissie het van belang dat ook de reguliere wetenschappelijke verenigingen aandacht besteden aan en over voldoende informatie beschikken betreffende de ontwikkelingen op alternatief gebied die het eigen specialisme raken. Door het NIVEL is, naar aanleiding van de resultaten van het derde deelonderzoek dat in het kader van het project 'Samenwerking reguliere en alternatieve genezers' werd uitgevoerd (Reuma en alternatieve geneeswijzen, Vis89), deze aanbeveling eveneens verwoord.

Wetenschappelijke onderzoekers zoals methodologen en statistici kunnen eerst dan adequaat over de bij een bepaalde behandelwijze te volgen onderzoeksmethodologie adviseren indien zij voldoende op de hoogte zijn van de inhoud daarvan (zie 13.1). In de reguliere geneeskunde bieden de universiteiten en de daaraan verbonden instituten voldoende mogelijkheden voor de hiertoe benodigde communicatie. Dergelijke communicatie met het alternatieve veld bestaat nauwelijks. Wil serieus wetenschappelijk onderzoek van de grond komen, dan is ook voorlichting van reguliere wetenschapsbeoefenaren over de te onderzoeken behandelmethoden essentieel.

LPCP: Landelijk Patiënten/Consumenten Platform. Het LPCP overkoepelt de meeste der circa 275 Nederlandse patiëntenverenigingen.

14.3 COÖRDINATIECOMMISSIE ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

Zich verder verdiepend in de problemen met betrekking tot de alternatieve behandelwijzen en zoekend naar mogelijkheden voor een adequate oplossing, is de commissie steeds meer overtuigd geraakt van de noodzaak van een coördinatiepunt, zulks temeer daar het aantal gebieden waarop zij, naast wetenschappelijk onderzoek en voorlichting, coördinatie en advisering gewenst acht vrij omvangrijk blijkt te zijn. De commissie noemt hieronder de belangrijkste daarvan. Zij stelt voor deze taken op te dragen aan een daartoe in het leven te roepen 'Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen'. Aan een dergelijke Coördinatiecommissie zou 'kwaliteitsborging' waaronder zowel kwaliteitsbewaking als kwaliteitsbevordering dient te worden verstaan - als opdracht kunnen worden gegeven. De commissie verwacht dat de bemoeiingen van een goed functionerende Coördinatiecommissie een bijdrage zullen kunnen leveren aan de kwaliteit van de patiëntenzorg.

14.3.1. Kwaliteitsborging

Het belang - en de noodzaak - van kwaliteitsborging wordt allerwegen steeds duidelijker ingezien, zowel door het bedrijfsleven en de overheid als in de gezondheidszorg.

In toenemende mate wordt in het reguliere veld aandacht besteed aan de kwaliteit van het medisch handelen en aan de evaluatie van de resultaten van dit handelen. De overheid heeft hiertoe de handen ineengeslagen met de verschillende betrokkenen (zie KNMG89,90; NRV91/92). De door de RGO uitgebrachte adviezen 'Kwaliteitsbewaking in het Gezondheidsonderzoek' (RG089) en 'Kwaliteit van zorg; terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek' (RG090) waren een direct gevolg van het huidige, op kwaliteit gerichte overheidsbeleid. Ook door de Gezondheidsraad is de kwaliteit van het medisch handelen aan de orde gesteld (GR91).

In deze adviezen - maar ook in het advies van de Commissie Dunning 'Keuzen in de Zorg' (WVC91) - wordt aangegeven dat onderzoek naar de effectiviteit van de toegepaste behan-

delmethoden ten grondslag behoort te liggen aan het medisch en het perimedisch handelen. Uit de adviesaanvragen aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en aan de Gezondheidsraad blijkt dat de overheid zich realiseert dat dit ook voor alternatieve behandelwijzen geldt (zie ook 4.2). Het advies 'Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen' dat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1990 uitbracht (NRV90), vormt één pleidooi voor de bevordering van de kwaliteit van de alternatieve beroepsuitoefening. Op aandrang van de commissie die dit advies heeft opgesteld is inmiddels ook een zetel in de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid van die Raad toegekend aan het Koepeloverleg Alternatieve Geneeswijzen.

De RGO is in het advies 'Kwaliteit van zorg' ingegaan op de vraag op welke zorggebieden een systematisch kwaliteitsbeleid het meeste rendement zou leveren en op welke wijze wetenschappelijk onderzoek bij de vormgeving van een dergelijk beleid een ondersteunende en stimulerende rol zou kunnen spelen. Geadviseerd werd een onderzoeksprogramma in gang te zetten ter bevordering van de kwaliteitsbewaking op de terreinen thuiszorg, chronische ziekten en zwakzinnigenzorg. Daar patiënten met chronische ziekten een relatief groot beroep doen op de alternatieve hulpverlening, ziet de commissie in het RGO-advies een ondersteuning van haar aanbevelingen effectiviteitsonderzoek op dit gebied te verrichten.

14.3.2 Opleiding, na- en bijscholing

Door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is in het advies 'Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen' (NRV90) - onder meer - aanbevolen te komen tot een uniform basis-opleidingsniveau van alle alternatieve behandelaars, dat zou moeten worden aangevuld met een opleiding in de desbetreffende alternatieve richting.

De Commissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG) van de Nationale Raad die dit advies heeft voorbereid, had graag ook de begeleiding van de uitvoering daarvan ter hand genomen; zulks te meer daar uit de ten behoeve van bovengenoemd advies gehouden

enquête is gebleken dat de bereidheid tot kwaliteitsverbetering van opleidingen en beroepsuitoefening in het alternatieve veld groot is en men node daadwerkelijke ondersteuning en stimulering ontbeert. Als gevolg van de reorganisatie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is de GAG echter inmiddels ontbonden, waarmee een belangrijk platform met een groot bereik is weggevallen. Dit vormt een reden temeer ook taken op dit gebied toe te wijzen aan een Coördinatiecommissie.

De commissie realiseert zich dat zij met deze aanbeveling een wezenlijk punt raakt. Men kan immers stellen dat, zolang de effectiviteit van een behandelwijze niet is aangetoond, het weinig zinvol is de kwaliteit van een opleiding in de desbetreffende richting te bewaken. Dit laat onverlet dat de commissie kwaliteitsborging van de basisopleidingen noodzakelijk acht. Zij voert daarvoor de volgende redenen aan: a het bestaan van verschillende opleidingen en de zeer uiteenlopende niveau's daarvan vormen een realiteit die beter onder ogen kan worden gezien dan ontkend;

b de commissie acht het noodzakelijk dat aanstaande beroepsbeoefenaren in elk geval ziekten die een reguliere behandeling nodig maken kunnen herkennen en behandelingen die schadelijke (bij-)werkingen hebben weten te voorkomen; c de commissie formuleert weliswaar in dit advies voorstellen voor onderzoek met behulp waarvan de effectiviteit van verschillende alternatieve behandelwijzen kan worden onderzocht, maar zij realiseert zich tevens dat een negatief resultaat van een bepaald onderzoek niet direct de gehele behandelwijze als niet-effectief kan bestempelen;

d de commissie concludeert derhalve dat (in elk geval een aantal) opleidingen in de verschillende alternatieve richtingen (voorlopig) zullen blijven bestaan.

De commissie merkt in dit verband op dat ook de kwaliteit van de opleidingen in niet-alternatieve behandelwijzen wordt bewaakt, zonder dat dit inhoudt dat de effectiviteit van alle gedoeerde behandelwijzen is bewezen.

Een Coördinatiecommissie zou tevens kunnen adviseren inzake en een coördinerende functie kunnen hebben bij de organisatie van bij- en nascholing op alternatief gebied, ook ten behoeve van regulier opgeleide beroepsbeoefenaren (zie o.a. Vis88, Ras92).

Tenslotte zal, zoals eveneens geadviseerd door de CAG/NRV (NRV90), serieus aandacht moeten worden besteed aan de opleiding van wetenschappelijke onderzoekers uit het alternatieve veld. Ook hierbij kan een Coördinatiecommissie een stimulerende en adviserende rol vervullen.

14.3.3 Registratie

14.3.3.1 B§Sister_alternatieve_geneesmiddelen

Wettelijke registratie van reguliere geneesmiddelen - voorwaarde voor toelating op de markt - geschiedt in Nederland slechts nadat aannemelijk is gemaakt dat de desbetreffende preparaten een aanvaardbare, controleerbare en constante samenstelling hebben, dat de geclaimde werking volgens wetenschappelijke methoden is aangetoond en dat de middelen bij gebruik volgens voorschrift geen onaanvaardbare bijwerkingen hebben.

Vele in de alternatieve sector toegepaste geneesmiddelen kunnen niet aan deze criteria voor registratie voldoen. Van homoeopathica bijvoorbeeld is, gezien de verdunning van het uitgangsmateriaal, de samenstelling niet controleerbaar; de geclaimde werking kan, volgens de opvattingen der homoeopathen, niet via gangbare wetenschappelijke methodiek worden aangetoond. Hetzelfde geldt voor de bijwerkingen. Toch zijn homoeopathica op grond van de criteria die in de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) worden gebezigd wel geneesmiddelen: ze worden 'aangeprezen' als zijnde werkzaam tegen bepaalde aandoeningen en in omloop gebracht met de kennelijke intentie te dienen als medicament. Dit is de reden dat de Geneesmiddelencommissie onder de aandacht van de Staatssecretaria-

ris van WVC heeft gebracht dat homoeopathische en bepaalde door anthroposofische artsen voorgeschreven geneesmiddelen, ook al kunnen ze niet worden geregistreerd, toch onder het toezicht van de Inspectie voor de Geneesmiddelen behoren te vallen (Geco89; zie ook Geco90). Dit toezicht dient (onder andere) controle in te houden op de bereidingswijze en op de hygiëne van het bedrijf waar de bereiding plaatsvindt. De desbetreffende bedrijven dienen dan ook een 'reguliere' fabrikan-tenvergunning volgens de WOG te bezitten.

Binnen de kring van fabrikanten van homoeopathische geneesmiddelen wordt deze zienswijze van de Geneesmiddelencommissie onderschreven; men is doende een 'interne regelgeving' op te stellen die waarborgen moet bieden voor constante kwaliteit van de afgeleverde produkten. Daar geen Nederlandse homoeopathische farmacopee bestaat, wordt hierbij als richtlijn van een aantal officieel erkende buitenlandse farmacopeeën gebruik gemaakt. Men kan dus vaststellen dat de homoeopathische sector reeds in zekere mate geordend is.

Alternatieve geneesmiddelen die niet van het homoeopathische type zijn, mogen in Nederland niet in de handel worden gebracht, tenzij ze zijn geregistreerd. Dit verbod wordt echter niet zelden omzeild, bijvoorbeeld door de betrokken middelen niet expliciet als 'geneesmiddel' maar als 'voedingsadditivum' in de handel te brengen. Daarmee vallen dergelijke middelen onder de toezichtorganen van de Warenwet. Een medische bijsluiter is in dat geval niet toegestaan; wel worden soms vage aanduidingen gebezigd zoals 'voor het hart' of 'voor de lever'. Wanneer men de desbetreffende middelen zonder gebruiksaanwijzing maar onder vermelding van hun chemische naam, of onder een willekeurige handelsnaam, in omloop brengt, is ook de Warenwet niet van toepassing.

De commissie acht deze situatie, waarin alternatieve geneesmiddelen die niet zo ver zijn verdund als de homoeopathische en die derhalve farmacodynamische effecten kunnen hebben zonder meer verkrijgbaar zijn, zorgelijk. Zij is van mening dat in het grijze gebied tussen geneesmiddelen, 'waren' en willekeurige middelen die zonder gebruiksaanwijzing worden

verkocht duidelijkheid moet worden gebracht. Ten minste moet een apparaat beschikbaar zijn waarmee de overheid een zekere mate van kwaliteitscontrole kan uitoefenen (zie ook Sme93). Een Coördinatiecommissie zou in dezen een adviserende rol kunnen spelen en zorg kunnen dragen voor afstemming met hetgeen voor (al dan niet alternatieve (genees)middelen) in EG-verband wordt vastgesteld (zie ook Ald89).

14.3.3.2 Ksgister alternatieve beroepsbeoefenaren

De meeste alternatieve artsen zijn lid van een vereniging van gelijkgezinde collegae. Dit geldt tevens voor een groot aantal alternatieve beroepsbeoefenaren die geen arts zijn. De AAG beschikt over registers van de alternatieve artsen die lid zijn van de aangesloten beroepsverenigingen. Voorwaarde voor het lidmaatschap van deze verenigingen is dat deze artsen het diploma van de desbetreffende post-academische alternatieve opleiding hebben behaald.

De bij de verschillende andere koepelorganisaties aangesloten alternatieve beroepsverenigingen houden eveneens een ledenregistratie bij (zie 5.1). Daarnaast rubriceert het IDAG de verschillende alternatieve beroepsgroepen (in 259 stromingen die zijn verdeeld over 13 domeinen).

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft in zijn advies 'Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen' (NRV90) met het oog op erkenning en kwaliteitscontrole geadviseerd een landelijk registratiesysteem van alternatieve beroepsbeoefenaren op te zetten. Door de Staatssecretaris van WVC is in diens schrijven aan de - inmiddels opgeheven - Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Alternatieve Geneeswijzen (SRBAG) gesteld dat registreren van overheidswege zinvol wordt geacht 'mits daarmee een volksgezondheidsbelang wordt gediend en het een onderscheidend vermogen heeft ten aanzien van de kwaliteit van zorg'. Hieraan was toegevoegd dat registratie onlosmakelijk verbonden dient te zijn met kwaliteitscriteria en dat een referentiekader dient te bestaan op basis waarvan de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening kan worden getoetst (WVC90). Door ANG en LOPAG wordt

hierop inmiddels ingespeeld (zie 5.1).

De commissie ziet in dit standpunt van de staatssecretaris een ondersteuning voor de combinatie van taken die zij onder de koepelende opdracht 'kwaliteitsborging' voor de Coördinatiecommissie bepleit; zulks te meer daar op goede gronden kan worden verwacht dat zowel met het van kracht worden van de Wet BIG als met het bereiken van de voor registratie in het kader van deze wet benodigde organisatiegraad en opleidingsniveau van de alternatieve beroepsbeoefenaren nog vele jaren zullen heengaan. Een Coördinatiecommissie zou te zijner tijd ook de BIG-Raad kunnen adviseren bij het tot stand brengen en coördineren van registers van alternatieve beroepsbeoefenaren zoals bedoeld in het wetsontwerp BIG (zie 5.2).

Een registratie van alternatieve beroepsbeoefenaren biedt de overheid bovendien de mogelijkheid om aan de verschillende alternatieve groeperingen speciale berichten te doen toekomen: men denke bijvoorbeeld aan het terugroepen van geneesmiddelen of aan waarschuwingen over slechte ervaringen met bepaalde behandelingen. Zulk een registratie is derhalve voor de betrokken beroepsbeoefenaren ook in dit opzicht van belang.

Ten slotte is het voor elke vorm van planning op dit gebied - zowel beleidsmatig als wetenschappelijk - noodzakelijk over gegevens betreffende alternatieve behandelaars te beschikken.

14.3.3.3 Registratie_alternatief_handelen

De commissie verwacht dat een systematische registratie door de alternatieve beroepsbeoefenaren van hun patiënten, de bij hen verrichte behandeling en het bereikte resultaat - ook indien dit negatief is of uitblijft - een reële bijdrage zal kunnen leveren aan de evaluatie van de desbetreffende alternatieve behandelwijze en meer inzicht kan geven in de werking daarvan. Een Coördinatiecommissie zou de verschillende alternatieve beroepsverenigingen kunnen stimuleren hun leden tot een dergelijke registratie aan te zetten en kunnen adviseren inzake opzet en uitvoering.

14.4 SAMENVATTING: TAKEN VOOR EEN COÖRDINATIECOMMISSIE
ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

De commissie adviseert tot instelling van een Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen. Deze Coördinatiecommissie moet, naast coördinatie, 'kwaliteitsborging' tot taak krijgen. Uiteindelijk doel is een verbeterde patiëntenzorg. De aandachtsgebieden voor een dergelijke Coördinatiecommissie zijn:

1 Wetenschappelijk onderzoek

Stimuleren tot en adviseren bij de opzet, uitvoering, registratie, publicatie en follow-up van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van alternatieve behandelwijzen.

Coördineren en begeleiden van de verschillende projecten; stimuleren en faciliteren van de communicatie tussen onderzoekers uit de verschillende richtingen.

Adviseren inzake prioriteitstelling bij de allocatie van onderzoeksgelden.

2 Opleiding: na- en bijscholing

Coördineren van toezicht op de basisopleidingen voor niet-artsen.

Adviseren bij de opzet van bij- en nascholingscursussen ten behoeve van reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren.

3 Voorlichting

Informatie verschaffen over de actuele stand van zaken met betrekking tot alternatieve behandelwijzen aan de verschillende (reguliere en alternatieve) wetenschappelijke en beroepsverenigingen en aan individuele wetenschappelijke onderzoekers. Adviseren bij voorlichting door patiëntenverenigingen.

4 Registratie

Stimuleren tot het opzetten van registratiesystemen van beoefenaren van de alternatieve behandelwijzen. Advisering inzake de kwaliteitscriteria die aan dergelijke registers ten grondslag behoren te liggen. Coördinatie van deze registers.

Adviseren bij aanvragen voor registratie en titelbescherming als voorzien in het wetsontwerp BIG. Bijstand verlenen bij het opstellen van registers van alternatieve geneesmiddelen ('alternatieve farnacopee') die aan vastgestelde kwaliteitseisen voldoen; adviseren van de toezichhoudende overheidsorganen bij de controle op de kwaliteit van alternatieve geneesmiddelen en op de wijze van afleveren daarvan. Adviseren bij het opstellen van teksten voor bijsluiters bij alternatieve geneesmiddelen.

Stimuleren en adviseren bij het opzetten van systemen voor patiëntenregistratie en evaluatie van behandelresultaten.

14.5 INVENTARISATIE

14.5.1 Inleiding

In het voorgaande is aangegeven wat de commissie ziet als taken voor een in te stellen Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen. De commissie heeft zich tevens beraden over de wijze waarop een dergelijke Coördinatiecommissie vorm zou kunnen krijgen. De suggesties die hiertoe zowel in het eerder aangehaalde schrijven van de Vice-Voorzitter van de Gezondheidsraad aan de Directeur-Generaal voor de Volksgezondheid zijn gedaan, zowel als die welke de Voorzitter van de RGO betreffende het wetenschappelijk onderzoek heeft geformuleerd in zijn aanbiedingsbrief bij het door die Raad uitgebrachte advies 'Kwaliteit van zorg' (RG090; zie 14.3.1), zijn daarbij in de beschouwingen betrokken.

Daar de commissie geen toekomst ziet voor een volledig van de bestaande structuren losstaande Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen, heeft zij in eerste instantie be- zien in hoeverre en op welke wijze de verschillende taken in de reguliere medische wereld en in het alternatieve circuit thans worden verricht. Nagegaan is of in principe coördinatie van de respectievelijke activiteiten op regulier en alterna-

tief gebied gewenst en mogelijk is. Rekening is gehouden met inmiddels van verschillende zijden aangedragen ideeën en door het veld genomen initiatieven.

14.5.2 Kwaliteitsborging

Het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) heeft tot taak de ondersteuning van kwaliteitsbevordering van het medisch handelen in ziekenhuizen. Daarnaast is het CBO betrokken bij een groot aantal projecten die zich ruimer zinnen met kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg bezighouden.

Onder auspiciën van de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Rijksuniversiteit Limburg functioneert sedert 1988 het Instituut voor Medische Technology Assessment* (IMTA). Het IMTA heeft als taak het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van MTA (zie ook 12.9) alsmede kwaliteitsbewaking en het bevorderen van de toepassing van de resultaten daarvan.

Ook voor de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad is de medische technology assessment een belangrijk aspect; zoals aangegeven in de Nota Ontwikkelingsgeneeskunde overlappen de begrippen medische technology assessment en ontwikkelingsgeneeskunde elkaar. In deze nota heeft de Staatssecretaris van WVC aan de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde verzocht 'sommige zogenoemde alternatieve geneeswijzen' als voorrangsg gebied te beschouwen (TK90a; zie 14.5.3 sub 5).

Opgemerkt zij dat het NIVEL in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid werkt aan een inventarisatie van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg; via het Koepeloverleg Alternatieve Geneeswijzen is het alternatieve veld bij dit project betrokken (Oos92).

Uit het jaarverslag 1989: 'IMTA focuses on medical technologies defined as preventive programmes, diagnostic procedures, drugs, devices, and medical and surgical procedures. The term 'medical technology' may also apply to the organisational and supportive systems within which medical care is delivered' (IMTA89).

14.5.3 Wetenschappelijk onderzoek

Het regulier medisch wetenschappelijk onderzoek vindt plaats in universitaire en niet-universitaire instituten, (academische) ziekenhuizen en medische faculteiten (voor een klein deel ook binnen de alpha- en gammafaculteiten), in (semi)overheidsinstituten (RIVM, TNO) en bij de farmaceutische industrie. Het wordt gefinancierd door de ministeries van O&W (universiteiten, academische ziekenhuizen, NWO, SGO, TNO), WVC en SZW, door de Ziekenfondsraad en het Praeventiefonds (via premiegelden), vanuit afzonderlijke fondsen met gerichte doelstelling (zoals Astmafonds, Hartstichting, Nierstichting, NKI, Reumafonds) en door het bedrijfsleven.

In totaal werd in Nederland in 1992 ongeveer 700 miljoen gulden overheidsgeld besteed aan gezondheidsonderzoek (455 van O&W, 142 van WVC, 8 van SZW, 62 van de Ziekenfondsraad en 30 miljoen van het Praeventiefonds). Door de verschillende (particuliere) fondsen werd 80 a 100 miljoen gulden voor onderzoek beschikbaar gesteld. De industrie gaf in 1992 naar schatting - 300 a 400 miljoen gulden uit aan medisch wetenschappelijk onderzoek (RG093).

Bij de vaststelling van het wetenschapsbeleid in het gezondheidsonderzoek spelen vele organisaties, instellingen en personen een rol: onderzoeksinstituten, individuele onderzoekers, maatschappelijke groeperingen, politici, bedrijfsleven en overheid. De verschillende organisaties hebben uiteenlopende belangen en verantwoordelijkheden, waardoor een gevarieerd patroon van onderhandelings- en communicatiestructuren is ontstaan. Er zijn externe adviesorganen en interdepartementale overlegorganen die de regering adviseren over de richting en de organisatie van het onderzoek. Programmacommissies en twee-Of-geldstroom-organisaties hebben een programmerende en uitvoerende rol. Naast deze aan de overheid verbonden instanties bestaan verschillende soorten overlegorganen, stichtingen e.d. die als het ware verbindende schakels vormen tussen onderzoekswereld, overheid en het publiek: de grote particuliere

fondsen, de Verenigde Samenwerkende Nederlandse Universiteiten, commissies met een specifieke programmerende taak etc.

De Raad voor Gezondheidsonderzoek heeft onder de titel 'Organisaties in het gezondheidsonderzoek: een wegwijzer' (Wam89) een handzaam overzicht gepubliceerd waarin deze organisaties worden ingedeeld in een elftal categorieën. De commissie heeft geconstateerd dat in deze 'wegwijzer' bij geen enkele categorie melding wordt gemaakt van een alternatieve organisatie. Uit dit advies moge duidelijk worden dat in het alternatieve veld wel een begin van organisatie van onderzoek valt te signaleren*. Ook bestaat bij bepaalde 'reguliere' organisaties (daadwerkelijke) belangstelling voor onderzoek op het gebied van alternatieve behandelwijzen.

Met onderstaand - zeker niet volledig - overzicht wil de commissie een indruk geven van boven aangeduide complexe structuur en enkele mogelijkheden opperen voor door de Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen te leggen contacten. Zij volgt daarbij de indeling van de RGO.

Categorie 1: niet-universitaire onderzoeksinstituten In deze categorie wordt onder andere het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg (NIVEL) genoemd. Deze stichting heeft tot doel het verwerven en verspreiden van kennis en inzicht over de structuur en het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere soorten gezondheidszorg, evenals maatschappelijke dienstverlening. Getracht wordt dit doel te bereiken door onder andere het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, het beheren van registratiesystemen en het opstellen van overzichten daaruit.

Het NIVEL heeft zich in de afgelopen jaren op verschillende wijzen met de alternatieve behandelwijzen, in het bijzonder met de relatie regulier - alternatief, beziggehouden (Vis88a, KuiSS, Pet89, Vis89,90,92). In het rapport 'Haalbaarheidsonderzoek substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen'

Zie ook de rapportages van de verschillende werkgroepen.

(Vis91) is het voorstel tot instellen van een multidisciplinair coördinatiepunt - als geformuleerd in het - in 14.1 genoemde - advies 'Mogelijkheden onderzoek van substitutie-effecten/verzekerbaarheid alternatieve geneeswijzen' (NRV/ZFR88) - overgenomen. Indien dit project zou worden uitgevoerd, zou een dergelijk coördinatiepunt te zijner tijd kunnen samenwerken met - dan wel deel uitmaken van - de te formeren Coördinatiecommissie.

Categorie_2: universiteiten

De universiteiten zijn, als gevolg van de door de KNAW aangegeven zwaartepunten in het onderzoek en de voorwaardelijke financiering, niet volledig vrij in de besteding van het beschikbare budget voor wetenschappelijk onderzoek. Bovendien is dit budget - en de beschikbare menskracht - beperkt. Mede ten gevolge van deze beperkingen blijkt het in de praktijk vaak moeilijk wetenschappelijk onderzoek op alternatief gebied onder auspiciën van een universiteit te (laten) verrichten. Wel ontstaat bij verschillende universitaire vakgroepen belangstelling voor dergelijk onderzoek. In een aantal gevallen is dit aanleiding tot concrete activiteiten. Enkele voorbeelden:

Aan de Rijksuniversiteit Utrecht is, in samenwerking met de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg, de Research Unit for Complementary Medicine opgericht. Hierin zijn opgegaan de in 1987 door de faculteiten Geneeskunde en Biologie opgerichte Werkgroep 'Biologische en Natuurlijke Geneesmethoden' (BÉNG) en het 'Transferpunt voor Geïntegreerde Geneeskunde' dat sedert 1983 binnen de Vakgroep Moleculaire Celbiologie heeft gefunctioneerd.

In Groningen bestaat sedert 1987 de stichting HWA TO, een samenwerkingsverband tussen de Rijksuniversiteit en de Shanghai Academy of Traditional Chinese Medicine. De stichting heeft tot doel te komen tot een synthese tussen de westerse en traditioneel Chinese geneeskunde, zulks in het belang van de volksgezondheid. Men tracht dit doel te bereiken door (onder andere) in nauwe samenwerking met de medische faculteit wetenschappelijk onderzoek te verrichten.

Aan de Rijksuniversiteit Limburg wordt, onder auspiciën van de Vakgroep Epidemiologie en Gezondheidszorg-onderzoek en met subsidie van het Ministerie van WVC zowel patiënt-gebonden- als litteratuuronderzoek verricht op het gebied van alternatieve behandelwijzen.

Bovendien zijn de afgelopen jaren verschillende projecten van start gegaan die door zelfstandige onderzoekers onder supervisie van een universitaire afdeling worden uitgevoerd. In bepaalde gevallen zijn deze eveneens door WVC gesubsidieerd. Enkele van deze projecten konden inmiddels met een promotie worden afgerond (o.a. Alb90, Jac90, Kho91, Kei90, Kle91a) .

Niet alleen onderzoekers uit de vakgebieden geneeskunde en gezondheidswetenschappen, maar ook psychologen (Att88, Zou91), celbiologen (het eerdergenoemde Utrechtse Transferpunt) en parapsychologen hebben de laatste jaren aandacht aan onderzoek op alternatief gebied besteed. Vanuit de parapsychologie is eind 1990 aan WVC de suggestie voorgelegd een universitair instituut voor alternatieve geneeswijzen op te zetten dat zich in de eerste plaats zou moeten richten op wetenschapsbeoefening op het terrein van de alternatieve behandelwijzen in de meest ruime zin. Op basis van de resultaten van onderzoek zou dit instituut vervolgens universitair onderwijs op het gebied van alternatieve behandelwijzen in Nederland moeten gaan verzorgen. Samenwerking met de reguliere geneeskunde wordt hierbij noodzakelijk genoemd*.

De sectie filosofie en medische ethiek van de Vakgroep Metamedica van de Vrije Universiteit te Amsterdam heeft, als reactie op het advies 'Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen' (NRV90) aan de Nationale Raad voor de

Door de Vice-Voorzitter van de Gezondheidsraad is in haar eerdergenoemd schrijven over een coördinatiepunt instelling van een Interuniversitair Instituut als mogelijkheid genoemd, onder aantekening dat met de oprichting en het daadwerkelijk doen functioneren wel enige tijd gemoeid zal zijn.

Volksgezondheid aangeboden het medisch filosofisch onderzoek waartoe werd geadviseerd, uit te voeren.

De Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen zou kunnen fungeren als intermediair tussen individuele onderzoekers en de universitaire onderzoekscommissies.

Categorie 3^ lagere overheden

De lagere overheden hebben voornamelijk een rol bij gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Zij houden zich over het algemeen niet bezig met wetenschappelijk onderzoek.

Categorie 4^ financierende_en_geldverdelende organisaties"

De Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) heeft tot taak

'het bevorderen van de kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek alsmede het initiëren en stimuleren van nieuwe ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek'.

Ook de overdracht van kennis van de resultaten van door haar geïnitieerd en gestimuleerd onderzoek ten behoeve van de maatschappij wordt als taak voor NWO gezien. Zoals wordt toegelicht in de uitgave 'NWO naar '95: route en horizon' (NWO89)

'gaat het bij NWO niet om de kwaliteit alleen maar ook om de maatschappelijke relevantie. Kwaliteit en relevantie van wetenschappelijk onderzoek vertonen een bijzondere samenhang; kwaliteit in onderzoek is voorwaarde voor het verkrijgen van een maatschappelijk waardevol onderzoeksresultaat.'

NWO voert haar taak in het bijzonder uit door het verlenen van subsidies ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Naast de gewone subsidies kent NWO bijzondere subsidies voor een aantal NWO-prioriteitsprogramma's en stimuleringsactiviteiten. Een van deze stimuleringsprogramma's richt zich op de opleiding van huisartsen tot onderzoeker. Daarnaast kent NWO een stimuleringsprogramma Klinisch Wetenschappelijk Onderzoek (NW090).

De inhoud van het NWO-beleid over de verschillende wetenschapsgebieden is gedelegeerd aan zogenaamde 'gebiedsbe-

sturen'. Voor de medische wetenschappen is dit het Gebiedsbestuur Medische Wetenschappen (GB-MW). Onder dit gebiedsbestuur vallen verschillende werkgemeenschappen, die elk op een eigen terrein actief zijn. Enkele hebben doelstellingen die overeen lijken te komen met de richting waarin volgens de commissie onderzoek op het gebied van alternatieve behandelwijzen zich zou moeten begeven of houden zich al bezig met het door de commissie bepleite fundamentele onderzoek naar 'genezen' en 'geneesprocessen'.

Te noemen zijn in dit verband de werkgemeenschap 'Stress en Gezondheid' die aandacht besteedt aan psychobiologisch onderzoek naar fundamentele mechanismen (mediatoren) van stress en de ontrafeling van de interactie tussen sociale en psychologische factoren enerzijds en biologische factoren die ten grondslag liggen aan het behoud van gezondheid of het optreden van ziekte anderzijds; hiertoe wordt ook onderzoek naar de invloed van stressoren van verschillende aard op het immuunsysteem gerekend. De werkgemeenschap 'Epidemiologie van Chronische Ziekten' richt zich onder meer op de beantwoording van vraagstellingen betreffende de etiologie van ziekten en op factoren die het optreden van ziekte beïnvloeden, de diagnostiek en het natuurlijk beloop van ziekten en op factoren die de prognose van ziekte beïnvloeden, waaronder de effecten van therapeutische interventies (Bru92).

In het meerjarenplan NWO 1991-1994 wordt melding gemaakt van een verzoek van het ministerie van WVC aan MW-NWO de programmering ter hand te nemen van het onderzoek op het terrein van kwaliteit van zorg en op het terrein van de pijnbestrijding (NWO90a). Begin 1992 is een dergelijk verzoek ook ingediend voor onderzoek op het terrein van chronisch zieken. De in 1986 door de Minister van O&W en de Staatssecretaris van WVC ingestelde Adviesgroep Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek, die zich onder andere richt op onderzoek naar verbetering van het medisch handelen in het algemeen en op verbetering van de effectiviteit in de gezondheidszorg, is hierbij ingeschakeld (SGO88).

De farmaceutische industrie financiert haar eigen onderzoek; in bepaalde gevallen worden deelprojecten uitbesteed aan (of uitgevoerd in samenwerking met) een universiteit. Dit geschiedt in toenemende mate ook op alternatief gebied, zeker sedert de fabrikanten en importeurs van homoeopathische en fytotherapeutische producten zich hebben verenigd in de Nederlandse Associatie van Fabrikanten en Importeurs van Homoeopathische en Fytotherapeutische Geneesmiddelen NEHOMA. Zowel via NEHOMA als door de afzonderlijke leden worden diverse onderzoeksprojecten (mede) gefinancierd; bovendien hebben zowel de afzonderlijke leden als de organisatie NEHOMA programma's opgesteld voor Research and Development.

Van de particuliere fondsen kan de Stichting 'Het Johan Borgmanfonds' worden genoemd, van waaruit wetenschappelijk onderzoek naar de paranormale behandelwijzen wordt gefinancierd. Ook de Stichting voor Anthroposofisch Medisch Onderzoek (SAMO) wordt uit particuliere middelen gefinancierd. Dergelijke instellingen kunnen voor bepaalde projecten ook voor subsidiëring door de overheid in aanmerking komen (zie 5.1).

Categorie 5i_ externe_adviesorganen

De Commissie voor de Geneeskunde van de KNAW heeft als doelstelling de bevordering van het geneeskundig onderzoek; zulks onder meer door het stimuleren van de meningsvorming over de organisatie en kwaliteit van het geneeskundig onderzoek en het verlenen van bemiddeling bij het organiseren van onderzoeken.

De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) is een van de zogenaamde 'sectorraden'. Deze raden hebben als belangrijkste taak de overheid te adviseren over prioriteiten in het onderzoek binnen de specifieke sector waarvoor ze zijn ingesteld. Deze prioriteiten dienen het resultaat te zijn van een zorgvuldige afweging van enerzijds de maatschappelijke ontwikkelingen van belang voor de betrokken sector en anderzijds de wetenschappelijke mogelijkheden. Naast inhoudelijke advisering

buigt de RGO zich ook over meer structureel-organisatorische vraagstukken met betrekking tot het gezondheidsonderzoek alsmede over de mogelijkheden van financiering van het onderzoek op de onderscheiden gebieden (zie ook 14.3.1). Overige taken van de RGO zijn het verkrijgen en behouden van inzicht in het lopend onderzoek, signaleren van lacunes en overlappingen, adviseren over coördinatie en programmering op deelgebieden en bevorderen van de samenhang tussen de verschillende geldstromen.

Naast het medisch-natuurwetenschappelijk en klinisch onderzoek naar het lichamelijk en geestelijk functioneren van de mens, rekent de RGO onderzoek naar gezondheidsbedreigende en -bevorderende omgevingsfactoren en onderzoek naar het menselijk gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid tot zijn taak.

In het in 14.3.1 aangehaalde advies 'Kwaliteit van de Zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor onderzoek' heeft de RGO aangegeven dat de verschillende door de overheid geïnitieerde stimuleringsactiviteiten in het gezondheidsonderzoek zijns inziens alleen op korte termijn van de grond kunnen komen als daartoe 'top down' gerichte initiatieven worden ontwikkeld. Bepleit wordt daarom de verantwoordelijkheid voor een dergelijk programma in handen te leggen van een kleine commissie van deskundigen die actief zorg zou moeten dragen voor de verdere uitwerking van het programma, de aanbesteding van de verschillende projecten en de kwaliteitsbewaking van het onderzoek. Volgens de RGO zouden dergelijke activiteiten bij voorkeur moeten worden ondergebracht binnen een en hetzelfde kader, te weten het GB-MW van NWO. De binnen dat kader functionerende programmacommissies zouden hun werkwijze moeten afstemmen op de specifieke aard van de onderscheiden stimuleringsprogramma's (RG090).

De Ziekenfondraad heeft ingevolge artikel 52 van de AWBZ een onderzoeksbudget. Bovendien is bij de Ziekenfondraad

ingesteld een Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde*, die tot taak heeft

- 1 het zorgdragen voor de beoordeling van ingediende onderzoeksvoorstellen op het terrein van de ontwikkelingsgeneeskunde op hun relevantie voor het gezondheidszorgbeleid van de overheid en van de sociale ziektekostenverzekering, met inbegrip van de mogelijke kostengevolgen;
- 2 het zorgdragen voor de toetsing van de relevant geachte aanvragen op hun wetenschappelijke kwaliteit;
- 3 het aangeven van de mogelijkheden om op basis van de ingediende voorstellen Technology Assessment uit te voeren;
- 4 het uitbrengen van advies inzake de beoordeling en de daarop gebaseerde prioriteitenstelling van de ingediende voorstellen aan de Minister van WVC en de Minister van O&W;
- 5 het uitbrengen van advies aan de Minister van O&W en het voorbereiden van het advies van de Commissie Verstrekkings van de Ziekenfondsraad over het ter beschikking stellen van gelden voor (onderdelen van) het overzicht van projecten ontwikkelingsgeneeskunde dat op basis van voornoemd advies door de bewindslieden is vastgesteld;
- 6 het zorgdragen voor een beoordeling van de voortgangs- en eindrapportage van gehonoreerde projecten, waaronder de begrotings- en uitvoeringsaspecten.'

In het schrijven aan de Voorzitter van de Tweede Kamer waarin de Staatssecretaris van WVC de hoofdlijnen van ontwikkelingsgeneeskunde schetst (TK90a), wordt in de paragraaf 'Voorrangsgebieden in de komende jaren' onder meer gesteld:

'Sommige vormen van reguliere zorgverlening met betrekking tot fysiotherapie, logopedische hulp en psychotherapieën en sommige zogenoemde alternatieve geneeswijzen komen in aanmerking voor patiëntgebonden onderzoek opdat de effectiviteit wordt vastgesteld. Met name komen voor onderzoek in aanmerking die vormen van zorgverlening die veelvuldig worden toegepast en waarover onzekerheid bestaat ten aanzien van de effectiviteit. De methode van onderzoek vereist grote aandacht gezien het veelal bijzondere karakter van deze therapieën.'

Ontwikkelingsgeneeskunde richt zich op het toepassen van technologieën als geneesmiddelen, apparaten, medische hulpmiddelen en medische procedures die worden gebruikt bij preventie, diagnostiek, therapie en revalidatie.

Ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek brengt de kosten en baten van een omschreven medische technologie in kaart met het doel gegevens aan te leveren ten behoeve van de besluitvorming. Behalve de medische aspecten worden uitdrukkelijk ook de ethische, juridische, sociale en economische aspecten in ogenschouw genomen.

In dezelfde categorie 'externe adviesorganen', zijn opgenomen de zogenaamde programmacommissies. Deze zijn in het leven geroepen nadat de overheid zich in de jaren '70 inhoudelijk ging bezighouden met het wetenschappelijk onderzoek en de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek en de sturing van wetenschap in een voor de samenleving wenselijke richting centraal kwam te staan (Wam89).

De programmacommissies hebben tot taak: a) inzicht verkrijgen in de maatschappelijke behoefte aan onderzoek; b) kennisverwerving van lopend en afgesloten onderzoek; c) prioriteiten stellen door de formulering van een onderzoekprogramma. De meeste van deze commissies beperken zich niet tot het aangeven van hoofdlijnen van onderzoek, maar beoordelen eveneens projecten die al of niet met eigen middelen worden gefinancierd. Zes van deze programmacommissies vallen onder het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO; zie ook onder categorie 4) .

Categorie_6 : _niinisteriële beleidsaf delingen_en

- - -

De Stafafdeling Beleidsontwikkeling (STABO) van het ministerie van WVC heeft de ontwikkeling en uitvoering van het onderzoekbeleid van het Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid tot taak. Projecten worden over het algemeen binnen WVC beleidsmatig getoetst; kwaliteitstoetsing geschiedt soms met inschakeling van externe referenten (waaronder commissies van de Gezondheidsraad) . Inzake het toedelen van het voor alternatieve behandelwijzen beschikbare onderzoeksbudget had de tot september 1990 binnen WVC functionerende Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen (KAG, zie 1.4.4) een adviserende stem. Sedert het uiteenvallen van de KAG vindt deze advisering rechtstreeks vanuit de betrokken directies plaats. De coördinatie van het WVC-beleid inzake alternatieve behandelwijzen ligt sedert september 1990 bij de Directie Ziekenhuiszorg en Topzorg (ZZT) .

Vermeldenswaard is dat door MW-NWO, de RGO en de Commissie voor de Geneeskunde van de KNAW gezamenlijk is aange-

drongen op één aanspreekpunt voor het onderzoeksbeleid volksgezondheid bij het ministerie van WVC (NWO91).

Categorie_7:_overkoepelende_organisaties Tot de in categorie 7 bedoelde koepels kan ook de AAG (zie 1.4 en 4.3) worden gerekend. De bij de AAG aangesloten verenigingen van alternatieve artsen hebben alle een wetenschappelijke commissie die tot taak heeft onderzoek op het eigen terrein te stimuleren. Dit onderzoek staat nog in de kinderschoenen; men zoekt hulp en steun bij regulier en alternatief werkende collegae.

De Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers, de NOVAG, stelt in haar medio 1990 verschenen Beleidsplan voornemens te zijn een substantieel deel van haar begroting te reserveren voor het gericht stimuleren van wetenschappelijk onderzoek. Men streeft er naar voor de uitvoering van dergelijk onderzoek in contact te komen met wetenschappelijk onderzoekers die gedegen en acceptabel onderzoek in het alternatieve veld kunnen verrichten.

Zoals vermeld in 5.1 is begin 1992 de Alliantie Natuurlijke Geneeswijzen (ANG) tot stand gekomen; deze alliantie overkoepelt de grootste organisaties van alternatieve beroepsbeoefenaren (niet-artsen, inclusief de NOVAG). Een van de prioriteiten die deze organisatie stelt, is 'het entameren en het begeleiden van wetenschappelijk onderzoek, welke past bij de uitgangspunten van de natuurlijke geneeswijzen' (IDAG92a).

Naast de ANG bestaan twee koepelorganisaties van paranormale genezers, de Nederlandse Federatie van Paranormale Genezers (NFPG) en de Unie Beroepsverenigingen Paranormale Genezers (UPAG).

In de RGO-wegwijzer wordt in deze categorie ook het LPCP genoemd, hoewel deze organisatie eerder een rol speelt bij voorlichting dan bij wetenschappelijk onderzoek.

Categorie_8: wetenschappelijke verenigingen De toenemende specialisatie en differentiatie in de geneeskunde komen tot uitdrukking in de grote hoeveelheid wetenschappelijke verenigingen. Deze wetenschappelijke verenigingen voeren vrijwel nooit zelf wetenschappelijk onderzoek uit; wel kunnen zij daarop een belangrijke invloed hebben. Tevens stelt men zich in een aantal gevallen samenwerking dan wel het onderhouden van contact ten doel met andere wetenschappelijke verenigingen en met personen die zich richten op aanverwante wetenschapsgebieden.

Categorie 9: belangenbehartigende organisaties De RGO rekent de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP) onder de belangenbehartigende organisaties. De verschillende alternatieve beroepsverenigingen en de overkoepelende organisaties kunnen eveneens als zodanig worden beschouwd. Zij kunnen een rol spelen bij de bevordering van kennis en wetenschap; als hiervoor vermeld, stimuleren deze organisaties in vele gevallen wel het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, maar zullen dit over het algemeen niet zelf uitvoeren.

Categorie 10: registrerende en f aci literende

In deze categorie valt onder andere het CBS dat de contacten met alternatieve genezers bijhoudt (zie hoofdstuk 4). In deze categorie hoort ook het (eveneens in hoofdstuk 4 genoemde) IDAG thuis.

Categorie 11: overige organisaties

In deze categorie valt (o.a.) het Coördinatiecentrum voor Nederlands Medisch Wetenschappelijk Onderzoek in EG-verband (EUROMED) dat onder meer de Nederlandse deelname aan de medische research programma's van de EG coördineert en bevordert.

14 .5.4 Opleiding, na- en bijscholing

In hoofdstuk 5 is aan opleidingen en de controle daarop een enkel woord gewijd. De inhoud van de reguliere medische opleiding is duidelijk omschreven. Daarbinnen is weinig ruimte om in te gaan op alternatieve behandelwijzen. Toch krijgt het onderwerp ook hier de laatste jaren op verschillende wijzen enige aandacht. Zonder naar volledigheid te streven:

In Utrecht wordt door de Research Unit for Complementary Medicine (zie 14.5.3, categorie 2) binnen de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg in het onderwijs aandacht besteed aan de alternatieve behandelwijzen.

In Groningen verzorgt het samenwerkingsverband tussen de Rijksuniversiteit Groningen en de Shanghai Academy of Traditional Chinese Medicine onderwijs in de acupunctuur (HWA TO, zie ook 14.5.3, categorie 2).

Aan de Vrije Universiteit te Amsterdam is een privaatscandocent homoeopathie verbonden.

Binnen de sectie 'Filosofie en Geneeskunde' van de Vakgroep 'Filosofie, Ethiek en Geschiedenis van de Geneeskunde' van de Erasmus Universiteit Rotterdam komt het onderwerp 'alternatieve geneeswijzen' geregeld ter sprake bij de praktische oefening in de filosofische argumentatie.

Aan de meeste medische faculteiten worden, buiten de vaste colleges om, lezingencycli gewijd aan de alternatieve behandelwijzen. In voorkomende gevallen zijn hierbij leden van de commissie betrokken.

Onder studenten bestaat een groeiende belangstelling voor alternatieve behandelwijzen; het landelijk overleg tussen in deze materie geïnteresseerde studenten medicijnen en gezondheidswetenschappen van de verschillende universiteiten resulteerde begin 1991 in de oprichting van de Vereniging Granulla, die zich inzet voor de invoering van informatie over 'andere geneeswijzen' in het medisch curriculum.

De AAG poogt een bijzonder hoogleraarschap aan een der universiteiten te realiseren ter bevordering van de integratie tussen alternatieve en reguliere behandelwijzen.

(Aanvullende) alternatieve opleidingen zijn velerlei; de IDAG-gids Beroepsopleidingen 1991: Alternatieve Geneeswijzen (IDAG90) vermeldt er 196. Het alternatieve veld, mede geïnspireerd door het rapport van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV90), werkt in toenemende mate aan het omschrijven van beroepsprofielen en het tot stand brengen van opleidingen als door deze Raad geadviseerd. Het IDAG veronderstelt dat dit op den duur zal kunnen leiden tot het verdwijnen van die opleidingen die het door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid vereiste niveau niet kunnen bieden (IDAG90).

Bij- en nascholing voor artsen wordt thans nog gecoördineerd door verschillende PAOG-commissies en de wetenschappelijke verenigingen. De verschillende alternatieve artsenverenigingen verzorgen hun eigen na- en bijscholing. In een enkel geval is deelname verplicht en gekoppeld aan een door de vereniging erkende titel. De AAG speelt een coördinerende rol; ook worden nascholingscursussen georganiseerd voor de leden van de aangesloten verenigingen alsmede congressen die ook voor andere belangstellenden toegankelijk zijn.

Voor de verschillende alternatieve beroepsbeoefenaren die geen arts zijn, organiseren de respectievelijke beroepsorganisaties na- en bijscholingscursussen. Deelname is over het algemeen nog vrijblijvend. Overheidstoezicht op de inhoud van deze cursussen ontbreekt volledig. Ditzelfde geldt overigens voor dergelijke cursussen in de reguliere geneeskunde.

Het ligt in de bedoeling met het in werking treden van de Wet BIG, met het oog op de - in geval van constitutieve registratie volgens deze wet vereiste - herregistratie, een aparte Adviesraad Kwaliteitsbewaking en Certificering van Nascholing in de Geneeskunde op te richten. De commissie wijst er op dat een dergelijke adviesraad zich niet alleen zal moeten bezighouden met de nascholing van reguliere artsen, maar ook met die van artsen die alternatieve behandelwijzen toepassen.

In 14.3.2 werd aangegeven dat de commissie voor de

Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen een vergelijkbare taak ziet weggelegd, namelijk adviseren inzake de organisatie en coördineren van de verschillende activiteiten op het gebied van bij- en nascholing voor alle alternatieve beroepsbeoefenaren. Samenwerking met de Adviesraad Kwaliteitsbevordering en Certificering van Nascholing in de Geneeskunde lijkt voor de hand liggend.

14.5.5 Voorlichting.

Voorlichting heeft verschillende aspecten; aard en inhoud zijn afhankelijk van de doelgroep. In het onderhavige geval zijn dat zowel patiënten als reguliere medici, maar ook wetenschappelijke onderzoekers uit verschillende disciplines. Voorlichting aan patiënten over het handelen van reguliere artsen blijkt een moeilijk punt (zie o.a. Ver89a). LPCP en patiëntenverenigingen spelen een belangrijke rol; een laagdrempelige algemene voorziening bestaat niet. Voorlichting wordt door verschillende individuele artsen en instanties naar eigen inzicht gegeven.

Voor de consument van alternatieve behandelwijzen speelt het LOPAG een zeer belangrijke rol. Maar ook veel reguliere beroepsbeoefenaren gevoelen behoefte aan voorlichting over hetgeen in het alternatieve veld omgaat. De vaak bepleite samenwerking is slechts mogelijk indien men van eikaars doen en laten voldoende op de hoogte is om zich een oordeel over eikaars handelen te kunnen vormen. De verschillende alternatieve artsenverenigingen organiseren hiertoe onder andere voorlichtingsdagen voor de medisch adviseurs van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars over nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden. Er bestaan geen gestructureerde contacten met reguliere wetenschappelijke verenigingen.

Gewezen moet ten slotte worden op zich snel uitbreidende activiteiten van het IDAG. In 14.3.3.2 werden de activiteiten van deze door WVC gesubsidieerde stichting op het gebied van registratie vermeld; ook in 4.2 kwam het IDAG ter sprake. Het IDAG geeft elk kwartaal een 'Attenderingsbulletin' uit met literatuuropgaven en informatie betreffende 'alternatieve en

complementaire geneeswijzen'; voorts beheert het IDAG een literatuur-database waarin inmiddels meer dan 20.000 referenties zijn opgenomen. Het IDAG exploiteert een vrij toegankelijke bibliotheek in Amersfoort.

14.5.6 Registratie

Als beschreven in 14.2 is de registratie van geneesmiddelen en het toezicht daarop voor de reguliere geneeskunde nauwkeurig geregeld. In het alternatieve veld heeft NEHOMA, de Nederlandse associatie van fabrikanten en importeurs van homeopathische en fytotherapeutische geneesmiddelen, een belangrijke kwaliteitsbewakende taak op zich genomen. Men is inmiddels begonnen met de opzet van een register van door de aangesloten fabrikanten en importeurs op de markt gebrachte homeopathische geneesmiddelen; deze worden getoetst aan de definitie van de Geneesmiddelencommissie van WVC (NEHOMA Product Inschrijving, NPI). Bovendien is een onafhankelijke adviescommissie belast met de beoordeling van het verpakkingsmateriaal en de medische claims (NEH90).

Voor de fytotherapeutica* functioneert een Commissie Toetsing Fytotherapeutica (CTF) die eveneens bezig is met de opzet van een registratiesysteem. In Europees verband (European Scientific Cooperative for Phytotherapy, ESCOP) wordt gewerkt aan het opstellen van monografieën van fytotherapeutica. In een in 1987 ingediend plan voor een wettelijke regeling voor fytotherapeutica heeft NEHOMA gepleit voor de instelling van een onafhankelijke toelatingscommissie die registratievoorwaarden ontwikkelt en toeziet op de feitelijke registratie (NEH90).

Vermeld kan worden dat ook het Pharmaceuticals Programme van de WHO aandacht besteedt aan de fytotherapeutica. In de uitgave 'Adverse Effects of Herbal Drugs' wordt vermeld

Fytotherapeutica zijn geneesmiddelen die uitsluitend of overwegend uit planten, plantendelen en/of hun galenische bereidingen bestaan (extracten, tincturen etc.) en die in een farmaceutische vorm zijn gebracht (NEH90).

dat de KNMP sedert kort een algemene brochure uitgeeft over het veilig gebruik van fytotherapeutica, onder andere omdat 'The Dutch health authorities do not adequately monitor the quality of the product information on herbal medicines' (Sme92).

Registratie van alternatieve beroepsbeoefenaren geschiedt uitsluitend voor zover dezen zijn aangesloten bij een beroepsvereniging. Slechts wanneer een dergelijke registratie vooraf wordt gegaan door een toetsing, kan hieraan (enige) garantie voor de kwaliteit van het handelen van de desbetreffende beroepsbeoefenaren worden ontleend.

Registratie van het eigen handelen en van de behandelresultaten geschiedt, indien dit al plaatsvindt, op eigen initiatief van de desbetreffende beroepsbeoefenaar. Inmiddels zijn wel verschillende gecomputeriseerde, goed bruikbare patiënten- en behandelingsregistratiesystemen ontwikkeld die op verschillende plaatsen worden toegepast (Laa90, Laa90a; zie ook bijlage XI en XIV).

14.6 TOT OP HEDEN GEFORMULEERDE VOORSTELLEN

In het Rapport van het Bureau Research voor Beleid (Els90) is aandacht besteed aan de wijze waarop de hiervoor door de commissie omschreven braak liggende gebieden zouden kunnen worden bewerkt. Gesteld wordt in dit rapport dat het veld vrijwel unaniem een meer sturend beleid vanuit de overheid wenst en een structurele vorm van financiering.

'De overheid zou een onderzoeksprogramma moeten opzetten, moeten streven naar universitaire inbedding van de projecten en bijdragen aan het gebruik van onderzoeksresultaten.'

'Zoals verwacht kan worden, is men unaniem van mening dat een aparte financieringsvorm voor AG-onderzoek onontbeerlijk is.'

'Vrijwel unaniem is men van mening dat de overheid de beoordeling van onderzoeksprotocollen dan ook niet langer zelf zou moeten doen, maar dat er een toetsingscommissie zou moeten komen.'

Over de wijze waarop dit zou moeten worden gerealiseerd, zijn ook in het rapport van het Bureau Research en Beleid verschillende ideeën naar voren gebracht: NWO-verband, instelling van een speciale commissie die gebruik zou moeten maken van de expertise bij de verschillende beroepsorganisaties, instelling van een universitair centrum, stimuleren van academische ziekenhuizen en huisartseninstituten tot het bijdragen aan de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek.

Ook volgens de door genoemd bureau geïnterviewde alternatieve genezers bestaat behoefte aan voorlichting aan consumenten over wel en niet effectieve geneeswijzen. Uit de 'Aanbevelingen' van het rapport van het Bureau Research voor Beleid kan worden geciteerd:

'Centraal in een te ontwikkelen sturend beleid op het terrein van AG-(effect)onderzoek staat een onderzoeksprogramma waarin zwaartepunten staan aangegeven met betrekking tot maatschappelijke c.g. beleidsrelevantie en voorwaarden voor kwalitatief hoogwaardig onderzoek. Bij de ontwikkelingen van het onderzoeksprogramma kan advies gevraagd worden aan de Raad voor Gezondheidsonderzoek. Tevens kan in overweging genomen worden om aan te sluiten bij de voornemens ten aanzien van Ontwikkelingsgeneeskunde' .*

De Voorzitter van de RGO stelt in het schrijven waarmee hij het advies 'Kwaliteit van Zorg; terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek' in mei 1990 aan de bewindslieden aanbod (RGO90):

'Essentieel in de ogen van de Raad is dat de verantwoordelijkheid voor het programma (namelijk het onderzoeksprogramma ter bevordering van de kwaliteitsbewaking op de terreinen thuiszorg, chronisch ziekten en zwakzinnigenzorg (zie 14.2)) in handen wordt gelegd van een commissie, waarin zowel onderzoekers als andere deskundigen op de onderscheiden terreinen van zorg zitting hebben. Essentieel is ook dat de commissie in hoge mate autonoom kan opereren. Mocht het mogelijk zijn deze condities te realiseren binnen het kader van het Gebiedsbestuur Medische Wetenschappen van NWO, dan heeft deze constructie verre de voorkeur van de Raad.'

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft in zijn eerder aangehaalde advies 'Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen' (NRV90) verschillende aanbe-

* Zie 14.5.3, categorie 5

velingen betreffende de organisatie van het alternatieve veld opgenomen die nauw aansluiten bij hetgeen de Gezondheidsraad-commissie zich voorstelt:

'De Raad beveelt - opnieuw - wetenschappelijk onderzoek aan inzake de effectiviteit en doelmatigheid van alternatieve geneeswijzen. ' 'De Raad beveelt aan dat alternatieve beroepsorganisaties zich aansluiten bij een landelijk registratiesysteem. Voor een algemene erkenning van kwaliteit is een uniforme registratie van beroepsgroepen van groot belang.' 'De Raad beveelt de beroepsorganisaties aan een verplichting tot bij- en nascholing te stellen, zulks als onderdeel van een beroepscode of gedragsregels.'

'Er dient in de alternatieve opleidingen c.q. bij de nascholing van alternatieve beroepsbeoefenaren aandacht te worden besteed aan wetenschappelijk onderzoek en de bijbehorende methoden, technieken en statistiek.'

De eerste aanbeveling van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid bepleit samenwerking tussen de reguliere geneeskunde en de alternatieve behandelwijzen. Gesteld wordt

'een open 'communicatie tussen beide kanten is daarbij een eerste vereiste. De CAG NRV kan daarbij een stimulerende functie vervullen.'

Door een groot aantal alternatieve beroepsorganisaties zijn de laatste jaren pogingen ondernomen te komen tot een vorm van samenwerking op verschillend gebied. Eind 1990 werd het voorstel tot oprichting van een Nederlandse Maatschappij ter bevordering van een Pluriforme Gezondheidszorg (NMPG) gelanceerd. Hieruit voortvloeiend is medio 1991 besloten een nieuwe gemeenschappelijke koepelorganisatie op te richten, de Nederlandse Maatschappij voor de Natuurlijke Geneeskunst (NMNG, Lin91). Deze organisatie heeft (bij schrijven d.d. 12 november 1991) bij de Staatssecretaris van WVC aangedrongen op de instelling van een 'Centrale Adviesraad Alternatieve Geneeswijzen' en daartoe een uitgewerkt plan aangeboden. De NMNG op haar beurt is inmiddels opgegaan in de Alliantie Natuurlijke Geneeswijzen (ANG) die als eerste prioriteit stelt 'het waarborgen van kwaliteit in de natuurlijke geneeswijzen door middel van constitutieve registratie' (zie 5.1), maar die tevens op haar prioriteitenlijst heeft opgenomen 'het voorlichten van het publiek over de beroepsgroep en haar therapieën.

'het entameren en het begeleiden van wetenschappelijk onderzoek, welke past bij de uitgangspunten van de natuurlijke geneeswijzen' (zie 14.5.3) en 'het ondersteunen en erkennen van beroepsopleidingen' (IDAG92a).

14.7 CONCLUSIE

In de huidige maatschappij worden belang en noodzaak van kwaliteitsborging van het medisch en het perimedisch handelen steeds duidelijker ingezien. Het 'zorginhoudelijk kwaliteitsbeleid in brede zin' (TK91a) van de regering houdt in dat ook aan de beoefenaren van alternatieve behandelwijzen in toenemende mate kwaliteitseisen zullen worden gesteld. Het tweede punt uit de adviesaanvraag (in hoeverre zijn de afzonderlijke groeperingen die zich met alternatieve behandelwijzen bezighouden in staat een zekere interne kwaliteitscontrole uit te oefenen?) duidt erop dat de overheid zich ervan bewust is dat hier een groot terrein braak ligt.

Gezien de ruime belangstelling voor de alternatieve behandelwijzen, de aantallen en verscheidenheid aan alternatieve stromingen en beroepsbeoefenaren, en mede gezien de door de overheid gevoelde behoefte een duidelijk aanspreekpunt te hebben voor alle problemen die het alternatieve gebeuren in den lande betreffen, acht de commissie instelling van een Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen met een op coördinatie en kwaliteitsborging gerichte taak op zijn plaats. De aandachtsgebieden voor een dergelijke Coördinatiecommissie zijn:

- 1) wetenschappelijk onderzoek
- 2) basisopleidingen voor niet-artsen; na- en bijscholing
- 3) voorlichting
- 4) registratie.

De contacten met de alternatieve koepelorganisaties zullen het deze Coördinatiecommissie mogelijk maken de overheid te allen tijde adequaat te adviseren betreffende interne kwaliteitscontrole van de afzonderlijke groeperingen.

Een Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen zou als een soort driewegschakelaar moeten fungeren tussen de overheid, het reguliere en het alternatieve veld; het zou zorg moeten dragen dat de verschillende taken worden toegewezen aan en uitgevoerd door bestaande, daartoe geëquipeerde instellingen, waarbij de inbreng van het alternatieve veld moet zijn gegarandeerd.

In de Coördinatiecommissie zouden, naast afgevaardigden uit het reguliere en alternatieve veld (KNMG, AAG, ANG) en de patiëntenverenigingen (LPCP/LOPAG), universitair geschoolde, breed georiënteerde (ook op financieel gebied) onderzoekers en methodologen zitting moeten hebben. Naast inbreng uit de geneeskunde en gezondheidswetenschappen, de sociologie en de psychologie, acht de commissie, in verband met de eerder gesignaleerde communicatieproblemen, kennis van semiologie/linguïstiek en filosofie essentieel. Gezien de voorlichtende taak is een vertegenwoordiger uit het IDAG van belang. De bij WVC met alternatieve behandelwijzen belaste ambtenaar zou als adviseur aan de Coördinatiecommissie moeten worden toegevoegd. Het zou nuttig zijn ook een contactpersoon van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen te benoemen.

De commissie acht het van belang dat de overheid - i.c. het Staatstoezicht op de Volksgezondheid - ook na het van kracht worden van de Wet BIG rechtstreeks benaderbaar blijft in geval van klachten betreffende het handelen van individuele therapeuten die niet onder het medisch tuchtrecht vallen. Indien hiermee een aparte functionaris zou worden belast, zou deze contact met de Coördinatiecommissie moeten onderhouden.

Enkele van de contacten die een dergelijke Coördinatiecommissie volgens de commissie in elk geval zou moeten leggen, zijn in het schema op pagina 190 aangegeven. Hieruit moge duidelijk worden dat de Coördinatiecommissie, naast coördinatie en kwaliteitsborging, delegeren hoog in het vaandel moet voeren.

- O V E R H E I D -

COÖRDINATIECOMMISSIE ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN
(KNMG/AAG/ANG/LOPAG/Univ.onderzoekers/IDAG/WVC/O&W)

K W A L I T E I T S B O R G I N G

Wetenschappelijk Onderzoek

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| a) <u>Opleiding</u> | ^"Registratie |
| b) <u>Na- en bijscholing</u> | a) Geneesmiddelen |
| c) <u>Voorlichting</u> | b) Beroepsbeoefenaren |
| | c) Praktijkvoering |

l u i t v o e r i n g d e l e g e r e n a a n / o v e r l e g g e n m e t *

INWO
(GB-MW)

Cie Ontw.geneesk. (Zfdsr)

NIVEL

Universitaire vakgroepen**

NEHOMA

- | | |
|---------------------|---------------------|
| a) Alt. opl.inst. | a) NEHOMA; KNMP |
| b) Adviesraad kwal. | b) (toek. BIG-raad) |
| bewaking en certi | c) Staatstoezicht |
| ficering van na | |
| scholing | |
| c) LPCP | |

B I J D R A G E A A N D E K W A L I T E I T
V A N D E P A T I Ë N T E N Z O R G

Uitgaande van een samenstelling van de Coördinatiecommissie als boven aangegeven, zijn de in deze Coördinatiecommissie vertegenwoordigde instanties niet apart genoemd onder 'uitvoering delegeren aan/overleggen met'.

Bij 'universitaire vakgroepen' kan onder andere worden gedacht aan vakgroepen op de gebieden geneeskunde/gezondheidswetenschappen, methodologie/klinische epidemiologie, sociologie, psychologie, culturele antropologie, filosofie, semiologie en cybernetica.

De commissie acht het raadzaam op het gebied van wetenschappelijk onderzoek de adviezen van de RGO te volgen en hiermee in eerste instantie een programmacommissie van het GB-MW van NWO te belasten.

Betreffende de na- en bijscholing zullen contacten met de Adviesraad Kwaliteitsbevordering en Certificering van Nascholing in de Geneeskunde moeten worden gelegd.

Daar de Nederlandse Associatie van fabrikanten en importeurs van homoeopathische en fytotherapeutische geneesmiddelen NEHOMA inmiddels initiatieven heeft ontplooid die moeten leiden tot een vorm van registratie van deze geneesmiddelen, lijkt, naast contact met de KNMP (zie 14.5.6), contact tussen de Coördinatiecommissie en NEHOMA in dezen aangewezen.

14.8 PRAKTISCHE UITVOERING

De commissie realiseert zich dat de taken van een Coördinatiecommissie als in dit hoofdstuk aangeduid zeer omvangrijk zijn. Zij stelt voor aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid advies te vragen over de uitwerking en nadere invulling; deze Raad heeft immers tot taak het adviseren over structuur, uitvoering, kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg alsmede het bevorderen van de samenwerking tussen de verschillende partijen op het terrein van de gezondheidszorg .

De commissie wijst erop dat de afgelopen jaren in EG-verband de noodzaak van samenwerking op het gebied van de alternatieve behandelwijzen aan de orde is gesteld. Hierbij is o.a. de behoefte geformuleerd aan

'a national central agency which could co-ordinate and develop activities within a member state and foster co-operation between other states.' (Ald90)

Het belang een dergelijke Coördinatiecommissie college op neutraal terrein te huisvesten en de noodzaak van een goed bereikbaar en goed functionerend secretariaat doen de commissie adviseren de Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen te schoeien op een leest vergelijkbaar met die van de

Nationale Commissie Chronisch Zieken en deze Coördinatiecommissie eveneens onder te brengen bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. De Voorzitter van deze Raad heeft zijn principiële bereidheid aan de uitwerking van deze suggesties zijn medewerking te verlenen verwoord in het schrijven waarmee hij de CAG/NRV in oktober 1991 heeft gedechargeerd (NRV91a).

Het zal duidelijk zijn dat een Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen niet van het ene moment op het andere kan functioneren. De commissie acht het echter van belang, mede gegeven het feit dat zij na het uitbrengen van dit advies zal worden ontbonden, toch op korte termijn een aanspreekpunt betreffende aangelegenheden op alternatief gebied te creëren voor enerzijds de overheid en anderzijds het alternatieve veld. Als tussenoplossing zou door WVC in overleg met de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een kleine 'kerngroep', bestaande uit enkele onafhankelijke deskundigen, vertegenwoordigers van KNMG, AAG en ANG en een adviseur van WVC in het leven kunnen worden geroepen. Een dergelijke 'kerngroep' kan de basis vormen voor de op te richten Coördinatiecommissie. Voordeel van een dergelijke aanpak is dat men aldus in de gelegenheid is geleidelijk naar een bevredigende structuur toe te werken.

15 AFSLUITENDE OPMERKINGEN

15.1 SNELLE ONTWIKKELINGEN

Het advies van de commissie moet worden gezien tegen de achtergrond van de tijd waarin het tot stand is gekomen. De vele en snelle ontwikkelingen op zowel wetenschappelijk als maatschappelijk gebied kunnen tot gevolg hebben dat opvattingen die in een bepaald tijdperk als 'kennis' en 'stand van wetenschap' worden aanvaard, in een volgende periode als achterhaald moeten worden beschouwd. De culturele ontwikkelingen die zich voltrekken in samenhang met de maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen hebben invloed op de wijze waarop men 'gezondheid' en 'ziekte' ervaart. Gevolg is dat behandelmethoden, inzichten en ervaringen die op het ene moment onbelangrijk, merkwaardig of zelfs belachelijk of onaanvaardbaar worden genoemd, op een volgend moment wel relevant kunnen blijken.

Dit betekent dat het antwoord op de vraag naar de (eventuele) effectiviteit van alternatieve behandelwijzen moet worden gezien in het licht van een bepaalde tijd en cultuur; daarom kan dit advies deze vraag ook niet eens en voor al beantwoorden.

15.2 VEEL PROBLEMEN NIET EXCLUSIEF ALTERNATIEF

Op verscheidene plaatsen in dit advies is ingegaan op de verschillende werelden van waaruit reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren denken en handelen en op de verschillen in mensbeeld tussen de onderscheiden stromingen. De problemen die zich voordoen bij pogingen tot communicatie over (onder-

zoek naar de effectiviteit van) alternatieve behandelwijzen zijn veelal tot deze verschillen te herleiden.

Communicatieproblemen en emotionele reacties doen zich evenwel niet uitsluitend voor in contacten tussen reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren; ook binnen de verschillende alternatieve stromingen vindt men zeer verschillende denkrichtingen en overtuigingen die communicatie tussen de respectievelijke aanhangers bemoeilijken (12.8). Evenzo bestaan in de reguliere geneeskunde vele verschillende sferen en culturen die de oorzaak zijn van communicatieproblemen tussen collegae uit verschillende richtingen: verschillende medische specialisten onderling, klinici versus laboratoriumonderzoekers, praktiserende artsen versus methodologen of klinisch-epidemiologen. In al deze werelden is het denkkader mede-bepalend voor datgene wat men beschouwt als effect en boekt als resultaat van een behandeling (Ver91).

Vaak wordt het verwijt gehoord dat het 'alternatieven' is toegestaan ongevalideerde methoden toe te passen, ongeregistreerde geneesmiddelen voor te schrijven en onbewezen claims te propageren waar 'regulieren' harde bewijzen en uitvoerige dossiers moeten overleggen. In een aantal gevallen is deze constatering zeker terecht. De commissie wijst er echter op dat ook niet alle reguliere behandelmethoden voor 100% zijn 'bewezen'. Zij is daarom van mening dat ook reguliere behandelwijzen en diagnostische methoden, voor zover onzekerheid bestaat over hun effectiviteit en doeltreffendheid, behoren te worden gevalideerd. De noodzaak hiervan wordt in de huidige tijd van schaarse middelen en een streven naar een optimale kwaliteit van zorg overigens van verschillende zijden benadrukt (RGO90, GR91, TK91b, WVC91, NRV90a,91,92).

Hoewel in de reguliere geneeskunde over het algemeen wordt gezocht naar therapieën die aansluiting geven op bestaande ideeën over ziekte en behandeling, wordt soms resultaat bereikt met op toeval gebaseerde handelingen waarvoor in eerste aanleg geen verklaring is te vinden (Ver91). Onderzoek

van dergelijke resultaten, gevolgd door hypothesevorming en toetsing, zowel betreffende de werking van de therapie als betreffende de ontstaanswijze van de ziekte, leidt tot de ontwikkeling en de groei van kennis die kenmerkend is voor de in hoofdstuk 7 en 8 beschreven wetenschappelijke aanpak. De commissie adviseert het alternatieve veld een dergelijke benadering na te streven.

15.3 WEL COMMUNICATIE, GEEN IDENTITEITSVERLIES

De commissie steunt het pleidooi voor een open communicatie tussen reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren dat door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in het advies 'Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen' (NRV90) is verwoord. Communicatie vormt de basis voor wederzijds respect en komt daarmee de patiënten ten goede. Zulks is te meer van belang daar de in de huidige situatie bestaande contacten, waarbij reguliere artsen in bepaalde gevallen patiënten naar het alternatieve circuit verwijzen - hetzij op verzoek van de patiënt *zelf*, hetzij omdat zij zich bij een bepaalde patiënt 'uitgedokterd' achten - zeker zullen voortbestaan en zich wellicht verder zullen uitbreiden.

Gezien de zo verschillende denkkaders van waaruit reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren redeneren en handelen, verwacht de commissie niet dat het binnen afzienbare tijd mogelijk zal zijn tot een wezenlijke samenwerking te komen. Wil zulks te realiseren zijn, dan zal, zoals aangegeven in 12.2 en hoofdstuk 13, allereerst door de alternatieve beroepsbeoefenaren moeten worden gewerkt aan een zodanige analyse en explicitering van hun behandelwijze dat zij daaromtrent, na over de omschrijving onderling overeenstemming te hebben bereikt, met regulier werkende medici zonder misverstanden kunnen communiceren. De commissie beseft overigens terdege dat een werkelijk vruchtbare discussie - die wellicht kan leiden tot nader inzicht in de essentie van 'ziekte', 'gezondheid' en 'genezen' - eerst mogelijk zal zijn indien ook een analyse plaatsvindt van de bij het regulier medisch handelen meestal

impliciet blijvende componenten - veelal aangeduid met begrippen als 'geneeskunst' en 'placebo' (zie hoofdstuk 10) - en van hetgeen in feite met de behandeling wordt beoogd (zie ook 13.4) .

Een streven naar synthese in de letterlijke zin des woords ('verbinding van afzonderlijke elementen tot een nieuw geheel', of 'samengestelde eenheid' (Dal92)) tussen regulier en alternatief acht de commissie niet wenselijk. De pluriformiteit van de bevolking rechtvaardigt een pluriforme hulpverlening; verwantschap tussen patiënt en therapeut in culturele achtergrond en daaruit voortvloeiend denken, handelen en reageren is veelal voorwaarde voor het succes van een behandeling. De regering voert dan ook de laatste jaren een beleid dat zoveel mogelijk ruimte laat aan de individuele voorkeur van de patiënt.

De opvattingen van de commissie hieromtrent sluiten aan bij de opvattingen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid als verwoord in bovengenoemd advies: 'synthese duidt beslist niet op een zodanige samenvoeging van regulier en alternatief dat de tegenstellingen die er tussen beide onmiskenbaar bestaan, worden verdoezeld. Integendeel: synthese houdt nu juist in dat elke 'stroming' haar eigen identiteit - in basisprincipes en werkwijze - volledig kan handhaven.'

15.4 KWAKZALVERIJ

Door de Commissie Muntendam (CAG81) en de Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV90) is ingegaan op de criteria voor onderscheid tussen bonafide en malafide beroepsbeoefenaren. De commissie laat in dit advies het probleem van de malafide beroepsbeoefening of kwakzalverij buiten beschouwing; zij stelt zich achter hetgeen daaromtrent in het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is gesteld.

Wel signaleert zij dat in toenemende mate artsen, omdat de patiënt daarom vraagt of uit 'markttechnische overwegingen', alternatieve behandelwijzen toepassen of alternatieve

medicamenten voorschrijven zonder dat zij zich grondig hebben verdiept in de desbetreffende alternatieve richting (zie ook Oos92a). Dergelijke 'reguliere kwakzalverij' beschouwt de commissie als malafide.

Tevens vestigt de commissie in deze paragraaf de aandacht op de - al in 4.1 genoemde - 'consultatieve artsen'. Deze basisartsen en ex-huisartsen hebben zich naar eigen inzicht bekwaamd in de een of andere alternatieve richting. Hoewel volgens de AAG 'de opleiding van de meeste AAG-artsen nauwkeurig omschreven is en voldoende zicht biedt op bekwaamheid voor alle zorgverzekeraars' (AAG93), bestaat buiten deze kring geen enkel zicht op het niveau van kennis van deze consultatieve artsen noch op hun bekwaamheid in de alternatieve behandelwijze(n) die zij beoefenen.

De Vereniging van Homoeopathische Artsen in Nederland liet de commissie desgevraagd weten (VHAN93a) voornemens te zijn leden die geen huisarts (meer) zijn in de toekomst tot nascholing te verplichten. Deze nascholing betreft evenwel alleen het homoeopathisch handelen; in de huidige situatie bestaat geen enkele verplichting tot het op peil houden van de reguliere medische kennis (zie 5.1). De commissie acht de aanduiding 'consultatief arts' daarom misleidend.

Deze bezwaren gelden a fortiori ten aanzien van tandartsen die alternatieve behandelwijzen toepassen. Hun behandeling beperkt zich veelal niet tot het verhelpen van gebitsaandoeningen of 'het opheffen van blokkades rond wortelpunten'. Hun academische titel kan patiënten ten onrechte de geruststellende indruk geven bij een 'arts' onder behandeling te zijn.

15.5 SITUATIE BUITEN NEDERLAND

15.5.1

De commissie heeft zijdelings - via publicaties, congresbezoek en persoonlijke contacten - kennis genomen van de ontwikkelingen op alternatief gebied in de overige Europese

landen. Zij heeft daarbij kunnen vaststellen dat de 'médecines parallèles', de 'complementary medicine' en het 'alternative Heilverfahren' ook elders vele aanhangers vinden en dat op vele plaatsen aan onderzoek op dit gebied wordt gewerkt. Meer nog dan in de reguliere geneeskunde blijkt zich hierbij het fenomeen van publicatie-bias voor te doen: onderzoekingen waaruit geen of een negatief resultaat naar voren komt, blijken niet te worden gepubliceerd; veelal worden dergelijke resultaten niet eens behoorlijk vastgelegd. Zelfs bij positief resultaat blijkt de verslaglegging een probleem te vormen (Kle92).

In Groot-Brittannië functioneert sedert 1983 de 'Research Council for Complementary Medicine (RCCM) die tot doel heeft wetenschappelijk onderzoek naar alternatieve behandelwijzen te entameren en gefinancierd te krijgen. Onder 'complementary medicine' verstaat men in het algemeen die therapeutische benaderingen en speciale behandelwijzen die niet op de universiteiten worden onderwezen*. De RCCM spreekt van complementary medicine omdat men overtuigd is dat deze behandelwijzen en de reguliere geneeskunde elkaar aanvullen en daarom naast elkaar beschikbaar moeten zijn (RCCM86).

Door de Board of Science and Education van de British Medical Association (BMA) is in 1991 een inventariserend onderzoek voorbereid naar de beoefening van alternatieve behandelwijzen en de controle daarop in de verschillende Europese landen; daartoe zijn uitvoerige vragenlijsten verzonden aan een groot aantal organisaties op dit gebied en heeft men de respectievelijke Ministeries van Volksgezondheid benaderd.

In Duitsland is, op verzoek van het parlement, in opdracht van het Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) door een projectgroep van de medische faculteit van de Universiteit Witten/Herdecke een uitvoerig rapport samengesteld over 'Unkonventionelle Medizinische Richtungen' (UMR) (Sap92). Ingegaan wordt op de aard en omvang van de verschillende alternatieve stromingen en op het onderzoek dat door verschil-

Vergelijk de door de commissie in 1.3 geformuleerde omschrijving.

lende (reguliere en alternatieve) instanties op alternatief gebied wordt verricht. De analyse van de problematiek, de conclusies en de aanbevelingen zoals verwoord in dit Duitse rapport vertonen een opvallende overeenkomst met die van de commissie. Naar aanleiding van dit rapport heeft het BMFT besloten DM 10 miljoen ter beschikking te stellen voor wetenschappelijk onderzoek op alternatief gebied. Men houdt rekening met de mogelijkheid dat dergelijk onderzoek ook nieuwe inzichten zal opleveren met betrekking tot de evaluatie van reguliere behandelmethoden (And93).

Opmerkelijk is dat aan de Duitse medische faculteiten de homeopathie een verplicht examenvak is, terwijl de behandelwijze in Denemarken vrijwel geen toepassing vindt. In Zwitserland is in 1990 een vijfjaars programma voor onderzoek naar alternatieve behandelwijzen van start gegaan. Hiertoe is een overheidsbudget beschikbaar van Fr.S. 6 miljoen (Abb92).

Vermeld kan worden dat in het kader van het 'Fourth Medical and Health Research Programme' dat door de Raad van EG-ministers is geadopteerd om Europese samenwerking op het gebied van gezondheidsonderzoek te bevorderen eveneens aandacht wordt besteed aan de alternatieve behandelwijzen en aan de mogelijkheden de krachten ook op dit gebied te bundelen, aan de controle op alternatieve geneesmiddelen, het wetenschappelijk onderzoek en aan een basisopleiding voor alternatieve beroepsbeoefenaren (Ald89, Vis89a, Ald90).

15.5.2 USA en Canada

Ook in de Verenigde Staten van Amerika bestaat serieuze belangstelling voor de alternatieve behandelwijzen en de evaluatie van mogelijke effectiviteit daarvan. Het Office of Technology Assessment (OTA) publiceerde in september 1990 een uitvoerig rapport over 'Unconventional Cancer Treatments'. De National Institutes of Health (NIH) hebben van het Congres de opdracht gekregen een bedrag van US\$ 2 miljoen per jaar te besteden aan onderzoek naar alternatieve behandelwijzen (Mer92). Medio 1992 is hiertoe een 'Advisory Panel on Unconventional Medical Practice' geïnstalleerd.

Op Harvard Medical School loopt sedert enkele jaren een omvangrijk project dat zich in eerste instantie richt op een analyse van alle literatuur betreffende 'non-conventional therapies' zoals deze is gepubliceerd in medische, geschiedkundige, anthropologische en sociologische (voorlopig alleen Engelstalige) tijdschriften. Het ligt in de bedoeling na bestudering en bewerking van dit materiaal het project uit te breiden met onderwijs (geplande start: januari 1993) en onderzoek. De projectleiding heeft te kennen gegeven belangstelling te hebben voor samenwerking met Europese onderzoekers op dit gebied.

Begin 1993 werden de resultaten gepubliceerd van een in 1990 in de Verenigde Staten gehouden enquête naar de omvang van het gebruik van alternatieve behandelwijzen en de daarmee verbonden kosten (Eis93) . Hieruit kwam naar voren dat alternatieve behandelwijzen een veel belangrijker plaats in de gezondheidszorg innemen dan men verwachtte: naar schatting werden alternatieve therapeuten in 1990 425 miljoen maal geconsulteerd, voornamelijk in verband met chronische aandoeningen (kosten naar schatting \$ 11,7 miljard excl. en \$ 13,7 miljard incl. geneesmiddelen en dieetproducten)*.

Tevens bleek dat de 'unconventional therapies' voornamelijk naast (en niet in plaats van) de 'conventional medicine' worden gebruikt.

De onderzoekers veronderstellen dat de geconstateerde populariteit van de alternatieve behandelwijzen in de Verenigde Staten is terug te voeren op gebrekkige arts-patiënt-relaties, die (mede) worden veroorzaakt door het ontbreken van voor goede communicatie benodigde vaardigheden. Aanbevolen wordt dan ook in het reguliere medische curriculum zowel aandacht te besteden aan alternatieve behandelwijzen als aan vakken als sociologie en anthropologie.

Ter vergelijking: in dezelfde periode werd de eerstelijnsgezondheidszorg (waaronder in de VS gerekend worden huisartsen, kinderartsen en internisten) 388 miljoen maal (poliklinisch) geraadpleegd.

In het commentaar dat het New England Journal of Medicine bij bovengenoemd artikel publiceerde (Cam93), wordt melding gemaakt van een dichotomie zoals de commissie deze ook voor de Nederlandse situatie heeft gesignaleerd (zie 6.2):

'Though Americans want all that modern medicine can deliver, they also fear it. They may resent the way visits to physicians quickly lead to pills, tests, and technology. Most now know of iatrogenic disasters from medicine gone wrong. Consumers also may seek out unconventional healers because they think their problems will be taken more seriously. They receive the benefit of time and attention, with invitations to return often.'

Uit een recent onderzoek in Canada kwam naar voren dat 20% van de Canadezen in de zes maanden voorafgaand aan het onderzoek een alternatieve therapeut had geraadpleegd; de chiropractie bleek de meeste aanhangers te hebben. Ook in Canada blijken de alternatieve beroepsbeoefenaren veel naast de reguliere huisarts te worden geraadpleegd (CMA91).

15.5.3 WHO

De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) heeft in de 30^e World Health Assembly in 1977 besloten de 'traditional medicine' officieel op te nemen in haar programma. Het in 1983 verschenen boek 'Traditional Medicine and Health Care Coverage' - waarin de 'traditional medicine' en de 'alternative medicine' in de verschillende WHO-regiën aan de orde wordt gesteld (Ban83) - is inmiddels opgevolgd door brochures over verschillende alternatieve stromingen; algemene richtlijnen voor onderzoek zijn geformuleerd, evenals aanbevelingen te komen tot uniforme begripsaanduidingen (WHO91).

In mei 1989 werd een resolutie 'Traditional Medicine and Modern Health Care' aangenomen. In het schrijven dat de publicatie van deze resolutie begeleidde, vestigde de Directeur-Generaal van de WHO in het bijzonder de aandacht op de plicht van de lidstaten initiatieven te ontplooiën op het gebied van de 'traditional systems of medicine'; genoemd worden in het bijzonder een 'comprehensive evaluation' en het stimuleren van samenwerking op het gebied van wetenschappelijk onderzoek tussen universiteiten, gezondheidsdiensten, oplei-

dingsinstituten en relevante internationale organisaties. De WHO verklaarde zich bereid de lidstaten in dezen te steunen en behulpzaam te zijn bij de uitwisseling van ervaringen op dit gebied (WHO89).

De 44^e vergadering (mei 1991)

'urges member states:

(1) to intensify activities leading to cooperation between those providing traditional medicine and modern health care, respectively, especially as regards the use of scientifically proven, safe and effective traditional remedies to reduce national drug costs; (2) to introduce measures for the regulation and control of acupuncture methods' (WHO91).

15.5.4 Conclusie

De belangstelling voor niet-reguliere behandelwijzen neemt niet alleen in Nederland, maar ook in andere Westerse landen duidelijk toe. De WHO, de EG en verschillende overheidsinstanties, maar ook particuliere stichtingen stellen - vaak grote - sommen gelds beschikbaar voor wetenschappelijk (zowel inventariserend als effectiviteits-)onderzoek op dit gebied.

De commissie steunt dan ook het streven naar internationale samenwerking op dit gebied - zoals reeds in EG-verband bepleit - waar het gaat om het fundamentele onderzoek dat zij in hoofdstuk 10 en 13 heeft voorgesteld. Dit laat onverlet dat, gezien de specifieke invloed van maatschappij en cultuur op het beleven van gezondheid en ziekte - en daarmee op de waardering van een therapie - ook onderzoek van de verschillende alternatieve benaderingen in eigen land van groot belang is.

De commissie is van mening dat de Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen, met het onderhavige advies als uitgangspunt, nationaal en internationaal een belangrijke bijdrage zal kunnen leveren.

16.1 DE ADVIESAANVRAGE

In 1983 werd aan de Gezondheidsraad een adviesaanvraag voorgelegd betreffende alternatieve behandelwijzen. Dit was een reactie op het in 1981 uitgebrachte rapport van de Regeringscommissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG, ook wel, naar haar voorzitter, genoemd de Commissie Muntendam). Deze commissie had - onder andere - geadviseerd wetenschappelijk onderzoek op alternatief gebied te bevorderen en hiervoor gelden te reserveren.

De Regering heeft daarop de bereidheid uitgesproken om 'binnen het kader van de beschikbaar te stellen gelden voor wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de volksgezondheid, gelden te reserveren voor wetenschappelijk onderzoek naar alternatieve behandelwijzen, indien daartoe projecten van de kant van de beoefenaren zouden worden aangedragen. Deze projecten zouden eerst dienen te worden gezien in het licht van een aan de Gezondheidsraad te vragen advies omtrent de te volgen methodiek(en) voor een dergelijk wetenschappelijk onderzoek.'

(adviesaanvraag, citaat 1)

Het standpunt van de CAG dat voor alternatieve behandelwijzen - op grond van een aantal specifieke omstandigheden - andere, ('aangepaste') methodieken zouden moeten worden gebruikt dan die welke voor de reguliere geneeskunde gelden, werd niet door de Regering overgenomen. Gesteld werd

'dat voor een aanvaarding door de 'scientific community' van zowel reguliere als alternatieve behandelwijzen de doeltreffendheid en doelmatigheid aantoonbaar moeten zijn, en dat er van moet worden uitgegaan dat de maatstaven en de procedures hierbij gehanteerd in het algemeen dezelfde zullen zijn.'

(adviesaanvraag, citaat 2)

Hieruit vloeide de aan de Gezondheidsraad gerichte vraag voort 'van advies te willen dienen inzake de vraag met welke onderzoeksmethodieken de effectiviteit van (de verschillende stromingen in) de alternatieve behandelingswijzen naar het oordeel van de Raad redelijkerwijs aantoonbaar kan worden gemaakt. Dit gelet op de indicaties en doelstellingen van behandeling. Hierbij ware aan te geven, aan welke gezamenlijke - benevens aan welke afzonderlijke - normen deze onderzoeksmethodieken voor de verschillende alternatieve stromingen zouden moeten voldoen, om bij een positief resultaat tot erkenning van de betrokken behandelingswijzen te kunnen bijdragen.'

(adviesaanvraag, citaat 3)

Alvorens deze vraag te beantwoorden, wil de commissie reageren op het eerste hierboven aangehaalde citaat uit de adviesaanvraag. In de vele jaren dat zij zich met de onderhavige materie heeft beziggehouden, is haar duidelijk geworden dat projecten, zo deze al van de kant van beoefenaren van de alternatieve behandelwijzen worden aangedragen, wel goed bedoeld, maar veelal uit wetenschappelijk en onderzoekstechnisch oogpunt van zeer geringe kwaliteit zijn*. Deze ervaringen hebben de commissie gebracht tot de aanbevelingen tot samenwerken van onderzoekers uit reguliere en alternatieve hoek (17.10) en tot stimulering en deskundige begeleiding van het alternatieve veld bij de opzet van dergelijke projecten (17.11, 20).

16.2 WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Het in het tweede citaat naar voren gebrachte standpunt van de Regering onderschrijft de commissie. Wetenschappelijke onderzoeksmethoden moeten voldoen aan de daarvoor geldende normen; zij moeten leiden tot geldige uitspraken. Dit houdt in dat een wetenschappelijke methode beoogt door een objectieve, logische en systematische analyse betrouwbare kennis te verzamelen omtrent de te bestuderen verschijnselen. Welke de in een bepaald geval toe te passen methoden zullen zijn, wordt bepaald door het te onderzoeken gebied.

In dit advies zijn, in de aan de verschillende stromingen gewijde bijlagen, de verschillende onderzoeksvoorstellen samengevat die de commissie conform de in de adviesaanvraag voorgestelde procedure (zie citaat 1) heeft beoordeeld.

Daar alternatieve behandelwijzen in de meeste gevallen claimen de 'gehele mens' in hun benadering te betrekken, inclusief diens relaties met zijn (fysieke en (psycho)sociale) omgeving, zullen de methoden met behulp waarvan de (eventuele) effectiviteit van een dergelijke behandelwijze wordt onderzocht, zich op deze verschillende aspecten moeten richten. Dit houdt in dat veelal niet kan worden volstaan met in de reguliere geneeskunde gangbare, voornamelijk uit de bètawetenschappen afkomstige, onderzoeksmethoden, maar dat deze aanvulling behoeven met methoden uit de alpha- en gammawetenschappen. Omdat de veelomvattende benadering het vaststellen van oorzaak-gevolg relaties ten zeerste bemoeilijkt en bovendien bij de meeste alternatieve stromingen een gedegen theoretische grondslag ontbreekt, adviseert de commissie in eerste instantie onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen uit te voeren volgens een zogenaamde 'black box' benadering. Dit betekent dat

begin- en eindpunt in reguliere en in alternatieve termen worden vastgesteld (dit houdt in dat duidelijke begripsomschrijvingen nodig zijn van het te onderzoeken ziektebeeld (diagnose en symptomatologie/typologie) en de te bereiken verandering daarin; zie 17.6) de behandelaar de patiënt volgens zijn eigen inzichten behandelt, maar wel overeenkomstig hetgeen aanvaard is binnen de beroepsgroep

per patiënt een uitvoerige anamnese wordt vastgelegd alsmede zeer nauwkeurig aantekening wordt gemaakt van hetgeen de behandeling precies inhoudt (inclusief leef- en voedingsvoorschriften), maar ook hoe het arts-patiënt contact verloopt, wat tijdens het gesprek aan de orde komt (inclusief niet-medische onderwerpen) en hoe lang de contacten duren

tevorens afspraken zijn gemaakt over de duur van de behandelperiode

in eerste instantie alleen de resultaten van de behandeling in de beschouwingen worden betrokken, zonder dat men zich verdiept in de mechanismen die deze re-

sultaten teweeg hebben gebracht.

Vergelijkend onderzoek is mogelijk, hetzij door vergelijking van een groep alternatief behandelde patiënten met een gematchte groep patiënten die regulier worden behandeld, hetzij door vergelijking met een gematchte groep patiënten die (nog) geen behandeling krijgen maar aan wie (eventueel) wel aandacht wordt besteed (wachtlijstconditie).

Randomisatie kan op problemen stuiten gezien de vaak uitgesproken voorkeur van patiënten voor een bepaalde alternatieve behandeling dan wel behandelaar.

Cross-over onderzoek komt, gezien de geclaimde lange werking van verschillende alternatieve behandelwijzen (of genezing als gevolg daarvan), maar ook gezien de kans op vertekening van de onderzoeksresultaten ten gevolge van conditionering (zie 10.3), niet in aanmerking.

Onderzoek met placebo-controle is voor de meeste alternatieve beroepsbeoefenaren om principiële redenen niet - of slechts voor een bepaald onderdeel van de behandeling - acceptabel. In het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' (10) licht de commissie toe dat evaluatie van de resultaten van onderzoek met placebo-controle bovendien in de meeste gevallen uiterst gecompliceerd zal zijn. De commissie verwacht dat alleen relevante resultaten kunnen worden verkregen wanneer dergelijk onderzoek in een 'triple blind' opzet (zie 10.3) zou kunnen worden uitgevoerd. Realisatie van een zodanige onderzoeksopzet stuit echter vooralsnog op grote ethische, juridische en praktische problemen.

Daar onderzoek volgens de black box benadering veelal niet aan alle aspecten van validiteit kan voldoen, verdient het aanbeveling verschillende, elkaar aanvullende onderzoekingen naar het effect van een behandelwijze uit te voeren.

Elk wetenschappelijk onderzoek dient te worden verricht volgens algemeen aanvaarde regels. De commissie bepleit bij patiënt-gebonden onderzoek de regels te volgen voor 'good clinical practice' zoals deze zijn vastgesteld binnen de EG.

Om pragmatische redenen adviseert de commissie allereerst onderzoek uit te voeren naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen en pas bij gebleken positief effect de diagnostische methoden waarop de respectievelijke behandelwijzen zijn gebaseerd, te valideren.

Echter, ook indien men onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen aldus aanpakt, blijken zich vele problemen en knelpunten voor te doen. Deze zijn voornamelijk terug te voeren op de verschillen in mensbeeld en in denk- en belevingswereld van waaruit reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren werken en waaruit verschillende ideeën voortvloeien over hetgeen onder 'ziekte', 'gezondheid' en 'gezezen' moet worden verstaan. In deze verschillende werelden worden bovendien een eigen begrippenkader, een eigen taxonomie en een eigen 'taal' gehanteerd, hetgeen communicatie met andersdenkenden ten zeerste bemoeilijkt. Dit blijkt behalve wederzijds onbegrip ook irritatie te kunnen veroorzaken.

De commissie acht het dan ook noodzakelijk dat diegenen die zich bezighouden met onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen het allereerst eens worden over de betekenis van de te gebruiken termen. Zij adviseert de alternatieve beroepsbeoefenaren het eigen handelen kritisch te bezien en te analyseren teneinde te komen tot ook voor reguliere medici duidelijke omschrijvingen van de door hen gebruikte begrippen en beoogde doelstellingen.

Inhaerent aan de verschillende denkkaders is ook dat men vanuit verschillende invalshoeken kijkt naar wetenschappelijk onderzoek en de resultaten daarvan. Over het algemeen zullen slechts behandelwijzen die aansluiten bij de eigen denkwereld en waarvan de resultaten in die wereld logisch te verklaren of te interpreteren zijn, worden geaccepteerd; dit geldt evenzo voor de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Voorwaarde voor acceptatie van alternatieve behandelwijzen buiten de eigen kring is derhalve ten minste enig inzicht in de wijze waarop eventueel geconstateerde effecten tot stand komen. Dit houdt in dat niet kan worden volstaan met het for-

muieren van duidelijke begripsomschrijvingen maar dat tevens moet worden gewerkt aan het opstellen van theorieën en van toetsbare hypothesen.

Anderzijds echter zal ook nader onderzoek van de bij het regulier medisch handelen meestal impliciet blijvende componenten, veelal aangeduid met begrippen als 'geneeskunst' en 'placebo', en naar hetgeen in feite met een behandeling wordt beoogd noodzakelijk zijn, wil intersubjectieve communicatie betreffende een onderzoek en de te bereiken - dan wel bereikte - resultaten tussen reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaars mogelijk zijn.

De commissie adviseert een begin te maken met de aanpak van deze problematiek door de in de bijlagen bij dit advies geformuleerde onderzoeksvoorstellen uit te voeren; inzake deze projecten hebben de werkgroepen van de commissie - in zich vaak over vele jaren uitstreckende discussies - de zich voordoende problemen weliswaar niet in alle gevallen kunnen oplossen, maar wel kunnen analyseren. Uitgaande van de resultaten van deze onderzoeken kan dan verder worden gewerkt aan de opzet van meeromvattende projecten.

Dergelijk onderzoek zal moeten plaatsvinden in nauwe samenwerking tussen in het onderwerp geïnteresseerden uit verschillende wetenschappelijke en praktische disciplines. Universitaire betrokkenheid in de vorm van participatie door vakgroepen uit verschillende faculteiten van zowel alpha, bèta- als gammawetenschappen zal daarbij onontbeerlijk blijken.

Daarnaast acht de commissie het van wezenlijk belang fundamenteel onderzoek op te zetten naar het bij elk contact tussen patiënt en behandelaar - hetzij regulier, hetzij alternatief - spelende placebo-fenomeen. De commissie adviseert daarbij aandacht te besteden aan de verschillende etappes die men kan onderscheiden in het traject waarlangs het placebo-effect tot stand komt: 1 'placebo' ('placebo-actie'): het complex van factoren

vanuit de behandelingsituatie dat van invloed is op het genezen door de patiënt ('input')

- 2 'placebo-reactie': de fysiologische processen die ten gevolge van deze actie in de patiënt op gang komen (fysiologische 'interface')
- 3 'placebo-effect' ('placebo-respons'): dat gedeelte van het totale behandelresultaat dat - geïnduceerd door de placebo-actie en gerealiseerd door de placebo-reactie - door de patiënt zelf tot stand is gebracht ('outcome').

De commissie verwacht dat de resultaten uit dergelijk onderzoek, doordat zij kunnen bijdragen tot een beter begrip van de relatie mens en omgeving (zowel biologisch als psychosociaal), kunnen leiden tot een dieper inzicht in de essentie van 'gezondheid' en 'ziekte', 'genezen' en 'het geneesproces', 'geneeskunde' en 'geneeskunst'.

16.3 ERKENNING

De vraag aan welke normen de onderzoeksmethodieken voor de verschillende alternatieve stromingen zouden moeten voldoen om bij een positief resultaat tot erkenning van de desbetreffende behandelwijze te kunnen bijdragen, is tweeledig. De normen voor wetenschappelijk onderzoek zijn hierboven aangegeven. 'Erkenning' is een onderwerp van een geheel andere orde. Aan erkenning zitten verschillende maatschappelijke, verzekeringstechnische en op kwaliteit en wetgeving betrekking hebbende aspecten, welke nauw samenhangen. Het is de commissie duidelijk geworden dat een bewijs van kwaliteit - dat zou kunnen worden geleverd met behulp van wetenschappelijk onderzoek - niet noodzakelijk is voor 'erkenning' door patiënten, noch voor 'erkenning' door verzekeraars.

'Erkenning' door de overheid - waarbij wordt gedacht aan het voldoen aan kwaliteitscriteria door beroepsbeoefenaren zoals aangeduid door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid* en het opnemen in het basispakket van effectief gebleken

Zie 'Advies beroepsuitoefening en opleidingen alternatieve geneeswijzen' (NRV90).

alternatieve behandelwijzen - behoort echter wel degelijk op 'kwaliteit' gebaseerd te zijn. Dit houdt in dat, indien uit herhaald en volgens de door de commissie geformuleerde richtlijnen opgezet en uitgevoerd onderzoek blijkt dat met een behandelwijze positieve resultaten worden bereikt, een dergelijke behandelwijze moet worden erkend. Tevens betekent dit echter dat, indien uit dergelijk onderzoek bij herhaling blijkt dat aan een behandelwijze geen enkele effectiviteit kan worden toegeschreven, een dergelijke erkenning achterwege blijft. De commissie stelt zich in dezen achter het advies van de Commissie 'Keuzen in de zorg' (WVC91). Zij bepleit, verder gaand, dat in dat geval ook eventueel reeds genomen beleidsmaatregelen ten gunste van een dergelijke aantoonbaar niet effectieve behandelwijze worden teruggedraaid. De commissie neemt overigens eenzelfde standpunt in ten aanzien van reguliere behandelwijzen.

16.4 INTERNE KWALITEITSCONTROLE

In het volgende punt van de adviesaanvraag informeert de staatssecretaris

'in hoeverre de afzonderlijke groeperingen die zich met alternatieve behandelwijzen bezig houden, in staat zijn een zekere interne kwaliteitscontrole uit te oefenen.'

De commissie heeft zich formeel alleen verstaan met artsen die alternatieve behandelwijzen toepassen; dit ten eerste omdat men hoopte daarmee ten minste een gemeenschappelijk uitgangspunt te hebben, ten tweede omdat anders het terrein veel te groot zou zijn (Het IDAG* onderscheidt in totaal 259 verschillende alternatieve stromingen) en ten derde omdat de verwachting bestond dat regulier opgeleide medici eerder dan niet-universitair opgeleide beroepsbeoefenaren (enige) kennis van wetenschappelijk onderzoek zouden hebben. Deze aanpak heeft tot logisch gevolg dat de commissie geen gefundeerde

IDAG: Stichting Informatie- en Documentatiecentrum
Alternatieve Geneeswijzen.

uitspraak kan doen over de capaciteiten en kwaliteiten van beroepsorganisaties van niet-artsen die alternatieve behandelwijzen toepassen.

De verschillende verenigingen van alternatieve artsen (totaal aantal leden per 1-1-1993 1.069) hebben zich aaneengesloten tot de Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG). Deze federatie streeft naar kwaliteitswaarborgen door het stellen van opleidingseisen en door zorg te dragen voor de verschillende alternatieve opleidingen na het artsexamen, voor verplichte bij- en nascholing en voor een intern tuchtrecht (naast het medisch tuchtrecht waaronder de leden van de aangesloten verenigingen als arts vallen). De commissie is van mening dat de AAG, indien zij daadwerkelijk vorm blijkt te kunnen geven aan haar programma, betrokken zou kunnen worden bij bedoelde kwaliteitscontrole.

Volledigheidshalve zij vermeld dat in 1992 is opgericht de Alliantie Natuurlijke Geneeswijzen (ANG), een overkoepelend orgaan van 20 beroepsorganisaties van alternatieve therapeuten (niet-artsen) dat zich inzet voor de bevordering en bewaking van de kwaliteit van het handelen door de leden der aangesloten organisaties.

16.5 COÖRDINATIECOMMISSIE ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

Het laatste onderdeel van de adviesaanvraag luidde

'Ten slotte zou ik graag vernemen of er naar de mening van de Gezondheidsraad gronden zijn om een (mogelijk reeds bestaande) instantie te vragen zich permanent met de vraagstukken die zich in de komende jaren rondom de alternatieve behandelwijzen zullen aandienen, bezig te houden, en zo ja, op welke wijze dit het beste zou kunnen geschieden.'

Deze vraag wil de commissie zeker bevestigend beantwoorden. Zij stelt voor een overkoepelende en coördinerende Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen in te stellen die, naast coördinatie, 'kwaliteitsborging' tot taak moet krijgen. De terreinen waarop deze kwaliteitsborging betrekking moet hebben zijn:

- 1 wetenschappelijk onderzoek
- 2 basisopleidingen van niet-artsen; na- en bijscholing
- 3 voorlichting (zowel aan (reguliere en alternatieve)
beroepsbeoefenaren als aan (potentiële) patiënten)
- 4 registratie (van alternatieve beroepsbeoefenaren, van
alternatieve geneesmiddelen en van het alternatieve
handelen).

De commissie adviseert een dergelijke Coördinatiecommissie te schoeien op een leest vergelijkbaar met die van de Nationale Commissie Chronisch Zieken en deze Coördinatiecommissie eveneens onder te brengen bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

De Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen kan tevens - door haar brede en deskundige samenstelling - de overheid te allen tijde adequaat adviseren betreffende de interne kwaliteitscontrole van de afzonderlijke alternatieve groeperingen. Bovendien kan een dergelijke Coördinatiecommissie een stimulerende rol spelen bij het tot stand brengen van de noodzakelijke internationale samenwerking op de gebieden die tot haar competentie worden gerekend.

De commissie realiseert zich dat een dergelijke Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen een ambitieuze toekomstvisie representeert. Als voorlopige oplossing stelt zij voor, voor de periode tussen haar eigen décharge en het daadwerkelijk functioneren van een Coördinatiecommissie, een kleine 'kerngroep' in het leven te roepen, bestaande uit onafhankelijke deskundigen en vertegenwoordigers van KNMG, AAG en ANG. Een dergelijke 'kerngroep' kan te zijner tijd de basis vormen voor de in te stellen Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen. Voordeel van een dergelijke aanpak is dat men aldus in de gelegenheid is geleidelijk naar een bevredigende structuur toe te werken.

Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen dient - zoals elk wetenschappelijk onderzoek - te worden uitgevoerd volgens algemeen aanvaarde regels. De commissie bepleit hierbij de regels te volgen voor good clinical practice** zoals deze gelden binnen de EG (11.3).

De commissie adviseert, om pragmatische redenen, eerst onderzoek te doen naar de effectiviteit van de verschillende alternatieve behandelwijzen en pas daarna, indien een dergelijke effectiviteit daadwerkelijk blijkt te kunnen worden vastgesteld, de aan de desbetreffende behandelwijze ten grondslag liggende diagnostische methoden en hulpmiddelen aan nader onderzoek te onderwerpen (11.2).

De ruime, de 'gehele mens' omvattende benadering van de meeste alternatieve behandelwijzen zal veelal de noodzaak inhouden onderzoek naar de effectiviteit daarvan uit te voeren volgens een 'black box'

De nummers tussen haakjes zijn die van de paragrafen waarin het desbetreffende onderwerp aan de orde wordt gesteld.

Good Clinical Practice (GCP): a Standard by which clinical trials are designed, implemented and reported so that there is public assurance that the data are credible, and that the rights, integrity and confidentiality of subjects are protected (Commission of the European Communities, CEC90).

benadering. Hiertegen bestaat uit wetenschappelijk oogpunt geen bezwaar; wel dient bij een dergelijke onderzoeksopzet nauwkeurig aan de in dit advies aangegeven voorwaarden te worden voldaan (11.2).

Daar onderzoek volgens de black box benadering veelal niet aan alle aspecten van validiteit kan voldoen, verdient het aanbeveling verschillende, elkaar aanvullende onderzoekingen naar het effect van een behandelwijze uit te voeren (9.3; 11.4).

Voorafgaande aan onderzoek naar de effectiviteit van een alternatieve behandelwijze zullen begin- en eindpunt van de behandeling in reguliere en in alternatieve termen moeten worden vastgesteld (11.2; 11.4; 13.1).

Alternatieve beroepsbeoefenaren zullen moeten werken aan een zodanige analyse en explicitering van hun eigen denk- en handelwijze dat zij zowel onderling overeenstemming bereiken als zonder misverstanden een redelijk debat kunnen aangaan met reguliere medici (12.2, 15.5).

Wil communicatie tussen reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren en onderzoekers op het gebied van de alpha, bèta- en gammawetenschappen op fundamenteel niveau mogelijk zijn, dan zal ook een analyse en explicitering noodzakelijk zijn van de bij het regulier medisch handelen meestal impliciet blijvende componenten - veelal aangeduid met begrippen als 'geneeskunst' en 'placebo' - en van hetgeen in feite met een behandeling wordt beoogd (8.5, 12.2, 13.3).

Het is de werkgroepen van de commissie uiteindelijk gelukt een aantal onderzoeksvoorstellen te formuleren. Uitvoering daarvan kan een eerste stap zijn op de weg naar een verduidelijking van de betekenis van alternatieve behandelwijzen; de resultaten kunnen een aan-

zet vormen tot de opzet van meeromvattende projecten (13.2).

- 9 De commissie adviseert de eerste jaren een doelsubsidie te verlenen voor gedegen onderzoek op alternatief gebied. De in te stellen Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen (zie aanbeveling 20) kan in dezen een belangrijke kwaliteitsbevorderende rol spelen. Tevens kan deze Coördinatiecommissie adviseren inzake de allocatie van de beschikbare middelen (13.2, 14.2.1).
- 10 Voorwaarde voor acceptatie van de resultaten van onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen buiten de eigen kring is dat dergelijk onderzoek wordt uitgevoerd/begeleid door een samenwerkingsverband van onderzoekers uit zowel reguliere als alternatieve hoek (12.7; 14.2.1).
- 11 Gezien de diepgaande problematiek is universitaire betrokkenheid bij het onderwerp 'alternatieve behandelwijzen' onontbeerlijk. Gezien de breedte van het onderwerp zullen naast vakgroepen uit de faculteit der geneeskunde en gezondheidswetenschappen ook vakgroepen uit verschillende andere faculteiten (uit zowel de bèta- als de alpha- en de gammawetenschappen) bij onderzoek op dit gebied moeten worden betrokken (8.5; hoofdstuk 12; 14.2.1).
- 12 Voor het verkrijgen van nader inzicht in de mogelijkheden een therapie te doen slagen, is fundamenteel onderzoek naar 'genezen' en 'geneesprocessen' noodzakelijk. Als eerste stap in dezen adviseert de commissie het uitvoeren van onderzoek naar de essentie, de betekenis en de omvang van het placebo-fenomeen (10.5, 10.6) .
- 13 Boven geformuleerde aanbevelingen hebben een aantal belangrijke implicaties:

in het medisch curriculum moet aandacht worden besteed aan het fenomeen alternatieve behandelwijzen universitaire onderzoeksinstituten moeten de mogelijkheid krijgen én bieden (in de vorm van menskracht en middelen) onderzoek op alternatief gebied uit te voeren

- men zal zich, mede in het licht van aanbeveling 12, moeten bezinnen op datgene wat men onder 'geneeskunde' wil verstaan en in welke sector men de alternatieve behandelwijzen wil onderbrengen. Dit laatste heeft tevens gevolgen voor de toewijzing van onderzoeksbudgetten (13.2, 13.3; 14.2.1).

- 14 De belangstelling voor de alternatieve beroepsuitoefening is groot. Met het in werking treden van de Wet BIG mag eenieder een praktijk beginnen, mits hij zich onthoudt van zogenaamde 'voorbehouden handelingen'. Registratie van alternatieve beroepsbeoefenaren, voor afgegaan door een (periodieke) toetsing, kan een minimale garantie bieden voor de kwaliteit van hun handelen. Vooralsnog moeten onder deze 'kwaliteit' elementen worden begrepen als het kunnen herkennen van ziekten die een reguliere behandeling noodzakelijk maken en het weten te voorkomen van behandelingen die onaanvaardbare schadelijke (bij-)werkingen hebben (hoofdstuk 5; 14.3.2).
- 15 Voorwaarde voor de sub 14 bedoelde registratie is dat de verschillende opleidingen aan vastgestelde kwaliteitscriteria voldoen. Op de naleving daarvan moet toezicht worden gehouden (5.1, 14.3.2, 14.3.3).
- 16 De vraag naar informatie betreffende alternatieve behandelwijzen is groot en divers, zowel van de zijde van (potentiële) patiënten als ook van reguliere beroepsbeoefenaren. Duidelijke en verantwoorde voorlichting moet derhalve eenvoudig te verkrijgen zijn (14.2.2).

- 17 De commissie acht het van belang dat ook de reguliere wetenschappelijke verenigingen aandacht besteden aan en over voldoende informatie beschikken betreffende de ontwikkelingen op alternatief gebied die het eigen specialisme raken (14.2.2).
- 18 De commissie acht het wenselijk dat duidelijkheid wordt gebracht in het grijze gebied tussen geneesmiddelen (geregistreerd en met bijsluiter), niet-geregistreerde geneesmiddelen (uitsluitend sterk verdunde homoeopathica en bepaalde door anthroposofische artsen voorgeschreven geneesmiddelen die met bijsluiter worden verkocht), 'waren' (preparaten die bijvoorbeeld als voedingsadditivum in de handel worden gebracht; geen bijsluiter toegestaan) en overige middelen die onder hun chemische naam of onder een willekeurige handelsnaam in omloop worden gebracht (zonder gebruiksaanwijzing). Zij is van oordeel dat ten minste een apparaat beschikbaar moet zijn waarmee de overheid de verschillende vormen van kwaliteitscontrole kan coördineren. Een Coördinatiecommissie (zie aanbeveling 20) zou in dezen een adviserende rol kunnen spelen (14.3.3.1).
- 19 Registratie door alternatieve beroepsbeoefenaren van het eigen handelen en van de (positieve, negatieve danwei uitblijvende) resultaten daarvan kan een eerste stap zijn op de weg naar een evaluatie van de verschillende alternatieve behandelwijzen en tevens een aanknopingspunt vormen voor nader onderzoek (14.3.3.3).
- 20 Advisering, stimulering, begeleiding en coördinatie van de verschillende activiteiten met betrekking tot de alternatieve behandelwijzen (i.c. het (doen) realiseren van de in dit advies opgenomen aanbevelingen) kan het beste worden gedelegeerd aan een ter zake kundige, breed samengestelde en onafhankelijke Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen zoals omschreven in dit advies. Een dergelijke Coördinatiecommissie zou bij voorkeur moeten worden ondergebracht

bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Deze Coördinatiecommissie zal tevens zorg moeten dragen voor internationale samenwerking op de gebieden die tot haar competentie worden gerekend (14.3; 14.4; 14.8) .

- 21 De commissie adviseert, ter overbrugging van de periode tussen haar décharge en het daadwerkelijk functioneren van een Coördinatiecommissie als hierboven bedoeld, een kleine kerngroep te benoemen die de basis kan vormen voor de op te richten Coördinatiecommissie. Het is gewenst in deze kerngroep de bij WVC met de alternatieve behandelwijzen belaste ambtenaar als adviseur op te nemen. Ook deze kerngroep ware onder te brengen bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (14.1; 14.8).
- 22 De commissie acht het noodzakelijk dat consequenties worden verbonden aan de resultaten van effectiviteitsonderzoek. Aan behandelwijzen waaraan, ondanks herhaald en volgens de in dit rapport aangegeven richtlijnen opgezet en uitgevoerd onderzoek, geen effectiviteit kan worden toegeschreven, dient elke vorm van erkenning te worden onthouden. Positieve resultaten moeten, via nader onderzoek, op den duur leiden tot erkenning. De commissie neemt dit zelfde standpunt in ten aanzien van reguliere behandelwijzen (4.2; 13.4).
- 23 De commissie acht het van belang dat de overheid - i.c. het Staatstoezicht op de Volksgezondheid - ook na het van kracht worden van de BIG rechtstreeks benaderbaar blijft in geval van klachten betreffende het handelen van individuele therapeuten die niet onder het medisch tuchtrecht vallen. Indien hiermee een aparte functionaris wordt belast, zou ook deze contact met de Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen moeten onderhouden (14.7).

De commissie heeft in de loop der jaren kennis gemaakt met vele facetten van vele alternatieve behandelwijzen. Zij heeft ervaren dat pogingen tot het opzetten en uitvoeren van onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen door reguliere en alternatieve beroepsbeoefenaren tezamen, al snel leiden tot een 'kritische situatie', tot een botsing van opvattingen. Een dergelijke confrontatie kan verhelderend werken; wellicht zal de hierdoor in gang gezette discussie, doordat deze tevens noopt tot een herbezinning op de grondslagen van de reguliere geneeskunde, iets kunnen expliciteren van de anders impliciet blijvende elementen die bij elk therapeutisch handelen een rol spelen.

De commissie beschouwt de door haar in de bijlagen opgenomen voorstellen tot onderzoek naar de effectiviteit van een aantal alternatieve behandelwijzen dan ook als een aanzet voor verderreikend onderzoek dat, deels pragmatisch en deels fundamenteel, wellicht kan leiden tot een dieper inzicht in de essentie van 'ziekte', 'gezondheid', 'genezen' en 'het geneesproces' en tot beter begrip van de relatie mens, omgeving (zowel biologisch als psychosociaal), geneeskunde en geneeskunst. Onderzoek naar het placebo-fenomeen zal in dezen de eerste stap moeten vormen.

Namens de Commissie Alternatieve Behandelwijzen



mw MA Goppel

De Secjretaris

mw prof dr E Borst-Eilers

De Voorzitter

Effectiviteit: zie 'werkzaamheid'.

Empirische kennis: kennis die berust op of voortkomt uit ervaring, met bijzondere aandacht voor de overdraagbaarheid van deze kennis.

Fundamenteel onderzoek: onderzoek naar de factoren en mechanismen die een rol spelen bij het persoonlijk beheer van de individuele gezondheid, naar de achtergronden van het ontstaan van ziekte en naar de factoren die voor herstel of verbetering van essentiële betekenis zijn.

Geneesproces: het geheel van processen via welke de patiënt herstelt.

Genezen: de innerlijke actiebereidheid van de patiënt op geleide waarvan het geneesproces in gang wordt *gezet*, dan wel wordt bevorderd, zodat herstel kan optreden.

Interface: koppeling tussen verschillende computersystemen.

Placebo*:

1 In het kader van een behandeling: een middel (geneesmiddel of behandelwijze) dat wel in de therapie wordt toegepast, maar dat geen enkel ingrediënt bevat dat een directe,

Zie ook hoofdstuk 6 ('Begripsomschrijvingen') van bijlage XI^A.

gerichte werking op de in het geding zijnde pathofysiologische processen heeft die op een klaarblijkelijke en inzichtelijke wijze het natuurlijke ziektebeloop zou kunnen wijzigen.

2 In het kader van wetenschappelijk onderzoek: een 'schijn behandeling' (dummy) bij een geblindeerd onderzoek naar behandelwijzen; bedoeld wordt dan elke toediening van een geheel inerte stof (uiterlijk niet te onderscheiden van de pil, poeder, etc. met werkzame stof) en iedere loze procedure die met of rond een patiënt in een onderzoek wordt ondernomen.

3 In het kader van ieder therapeutisch contact: het complex van factoren vanuit de behandelsituatie dat van invloed is op het genezen door de patiënt. De hier bedoelde betekenis van 'placebo' wordt ook wel aangeduid als 'placebo actie' ('input'). Deze component speelt ook bij de onder 1 en 2 aangegeven betekenissen altijd mede een rol.

Placebo-effect ('placebo-respons ;_),•• dat gedeelte van het totale behandelresultaat dat - geïnduceerd door de placebo-actie en gerealiseerd door de placebo-reactie - door de patiënt zelf tot stand is gebracht ('outcome').

Placebo-reactie: de fysiologische processen die ten gevolge van de placebo-actie in de patiënt op gang komen (fysiologische 'interface').

Perimedici: alle paramedische, aanverwante en assisterende beroepsbeoefenaren.

Postmodernisme: filosofisch perspectief dat uitgaat van een radicaal pluralisme en een vergaand relativisme. Het postmodernisme heeft betrekking op ten minste twee niveaus: dat van het denken of van de wereldbeschouwing en dat van het handelen. Het postmodernisme als filosofische en artistieke stroming stelt zich op het standpunt dat de huidige tijd wordt gekenmerkt door een veelvoud van meningen, perspectieven en stijlen en dat dit pluralisme positief gewaardeerd dient te worden. In

plaats van gebukt te gaan onder de 'terreur van de uniformiteit', zal een ieder in de toekomst zijn eigen verhaal, zijn eigen manier van denken en zijn eigen stijl kunnen bepalen. Het postmoderne denken veronderstelt dan ook een aantal essentiële eigenschappen, zoals een openheid van geest en een grote tolerantie ten aanzien van afwijkende waarden, normen of standpunten. Postmoderne denkers streven niet naar overzichtelijkheid, zij cultiveren het heterogene.

Reductionistisch mensbeeld: een opvatting omtrent (c.q. im- of expliciete benadering van) de mens waarin slechts een beperkt aantal aspecten van de mens verdisconteerd is en waarin vragen naar de mens als geheel buiten beschouwing blijven. In het gangbare spraakgebruik zijn de aspecten die men wél verdisconteert die, welke met natuurwetenschappelijke methoden ('objectief') te onderzoeken zijn, terwijl men subjectieve overwegingen buiten beschouwing laat.

Rendement: de 'werkzaamheid' van een behandeling volgens regulier medische maatstaven (niet de doelmatigheid of 'efficiency', waaronder over het algemeen wordt verstaan: de baten van een verrichting afgezet tegen de kosten in geld, mankracht, middelen en tijd).

Triple-blind onderzoeksoepzet: onderzoek waarbij niet alleen behandelaar noch patiënt weten of zij de te onderzoeken behandeling dan wel placebo (of een bekende behandeling) geven respectievelijk krijgen (dubbelblind), maar evenmin dat zij aan het desbetreffende - of, zo mogelijk, aan een - onderzoek meedoen.

Werking van een behandeling: het als gevolg van die behandeling optreden van (meetbare) fysiologische veranderingen.

Werkwijze van een behandeling: de (hypothetische) natuurwetenschappelijk beschrijfbaar mechanismen volgens welke de werking van een behandeling tot stand komt.

Werkzaamheid (of: effectiviteit) van een behandeling: het totale resultaat dat met de behandeling van een patiënt wordt bereikt zoals dit wordt ervaren door patiënt en behandelaar in hun eigen belevingswereld ('total outcome¹).

Verum (letterlijk: echt, waar): a. bij een vergelijkend onderzoek met placebo-controle: de te onderzoeken behandelwijze; b. (het facet van) een (medicinale) behandeling die (dat), buiten de invloed van de patiënt op het functioneren van diens organisme om, een werking uitoefent.

20 LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AAG	Artsenfederatie Alternatieve Geneeskunde
ANG	Alliantie Natuurlijke Geneeswijzen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing
CCG	Stichting Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde te Winterswijk
EDTA	Ethyleen-diamino-tetra-azijnzuur (chelerende stof)
GB-MW	Gebiedsbestuur Medische Wetenschappen (NWO) GR
Gezondheidsraad	
IDAG	Stichting Informatie- en Documentatiecentrum Alternatieve Geneeswijzen
IMTA	Instituut voor Medische Technology Assessment
KAG	Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen (WVC)
KNAW	Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie
LOPAG	Landelijk Overleg Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen
LPCP	Landelijk Patiënten/Consumenten Platform
MTA	Medische Technology Assessment
NEHOMA	Nederlandse Associatie van fabrikanten en importeurs van Homeopathische en Fytotherapeutische Geneesmiddelen

NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerste- lijnsgezondheidszorg
NKI	Nederlands Kanker Instituut
NMNG	Nederlandse Maatschappij voor de Natuurlijke Genees- kunst
NMPG	Nederlandse Maatschappij ter bevordering van een Plu- riforme Gezondheidszorg
NOVAG	Nederlandse Organisatie van Verenigingen van Alterna- tieve Genezers
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
O&W	Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen
PAOG	Post-academisch Onderwijs Geneeskunde
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieihygiëne
SGO	Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek
TNO	Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurkundig Onderzoek
VROM	Ministerie van Volksgezondheid, Ruimtelijke Ordening en Milieuhygiëne
WOG	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
ZZT	Directie Ziekenhuiszorg en Topzorg (WVC)

21.1 VERWIJZINGEN IN DE TEKST

- AAG91 Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeskunde. Brochure. Amsterdam: AAG, 1991.
- AAG93 Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeskunde. AAG reactie op het concept-advies Alternatieve Geneeswijzen en Wetenschappelijk Onderzoek. Amsterdam: AAG, 1993.
- Abb92 Abbott A. Europe tightens rules that govern homeopathic medicine. *Nature* 1992; 359: 469.
- Alb90 Albers JWB, Keizer ED. Een onderzoek naar de waarde van orthomanuele geneeskunde (Proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990.
- Ald88 Aldridge D. Single-case research designs. *Compl Med Res* 1988; 3(1): 37-46.
- Ald89 Aldridge D. Complementary Medicine in Europe. *Br Med J* 1989; 299: 1121-2.
- Ald90 Aldridge D. Complementary medicine in Europe: some national perspectives. *Compl Med Res* 1990; 4: 1-3.
- And93 Anderson I. Germany tests alternative route to health. *New Sci* 1993; 1859: 7.
- Att88 Attevelt JTM. Research into paranormal healing (Proefschrift). Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1988.
- Bal91a Ballieux RE. Op de golven van het gemoed. *Mediator* 1991; (oktober).
- Bal91b Ballieux RE. Dialoog tussen lichaam en geest (Inaugurale rede). Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.

Zie ook de literatuuropgaven bij de verschillende werkgroeprapportages.

- Ban83 Bannerman RH, Burton J, Wen-Chieh C, e.a. Traditional medicine and health care coverage: a reader for health administrators and practitioners. Genève: WHO, 1983.
- Bar88 Barsky AJ. The paradox of health. N Engl J Med 1988; 318: 414-8.
- Bee61 Beecher HK. Surgery as Placebo. A Quantitative Study of Bias. JAMA 1961; 176: 1102-7.
- Ben92 Bennett HJ, Brudno DSS. Wisselkoorts. Het humane tandendoorbraak-virus-syndroom. In: van Everdingen JJE, red. Beesten van mensen. Microben en macroben als in-tieme vijanden. Deel I: Beesten door de eeuwen heen. Overveen: Uitgeverij Belvédère, 1992.
- Ber83 Bertels CP. Wetenschap. In: Grote Winkler Prins Encyclopedie. 8e druk. Amsterdam: Elsevier, 1983.
- Boe82 Boelen JLA. Alternatieve geneeswijzen uit de bocht. Med Contact 1982; (36): 1120-4.
- Bok74 Bok S. The ethics of giving placebos. Sci Am 1974; 231 (5): 17-23.
- Bol88 Bol A. De genezende relatie. Integraal 1988/89; 3: 33-42.
- Bor85 Borkovec TD. Placebo: Defining the Unknown. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo; Theory, Research, and Mechanisms. New York: The Guilford Press, 1985: 59-64.
- BouS1 Bourdiol R. L'auriculo-somatologie. Editions Maison-neuve, 1981.
- Bou88 Boureau F, Leizorovicz A, Caulin F. Effet placebo sur les douleurs métastatiques osseuses. Presse Med 1988; 17(21): 1063-6.
- Bou91 Bouter LM. Placebo-effecten in de fysiotherapie. Ned Tijdschr Fysiother 1991; 101: 93.
- Bou91a Bouter LM, van der Heijden GJMG, Beckerman H. Het 'single case design' in de fysiotherapie. Ned Tijdschr Fysiother 1991; 101: 131-6.
- Bri78 Bricot B. Enregistrement du RAC. Aur Med 1978; 12: 7-8.
- Bri83 Brinkman JC. Onderzoeksmethodologie voor de Gezondheidszorg. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1983.
- Bro77 Brody H. Placebo and the philosophy of medicine. Clinical, conceptual, and ethical issues. Chicago: University of Chicago Press, 1977.

- Bro82 Brody H. The lie that heals: the ethics of giving placebos. *Ann Intern Med* 1982; 97: 112-8.
- Bru92 Brunekreef B, van Bree L, Miedema H, e. a. Conceptdoelstelling werkgemeenschap 'Milieu en Gezondheid i.o.'. Wageningen: Landbouwniversiteit Wageningen, 1992.
- But86 Butler C, Steptoe A. Placebo responses: an experimental study of psychophysiological processes in asthmatic volunteers. *Br J Clin Psychol* 1986; 25: 173-83.
- Büg93 Bügel P. De dokter moet wat strenger zijn. *Intermediair* 1993; 7: 51-3.
- CAG81 Commissie Alternatieve Geneeswijzen. Alternatieve Geneeswijzen in Nederland. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1981.
- Cam93 Campion EW. Why unconventional medicine? *N Eng J Med* 1993; 328(4): 282-3.
- Can57 Cannon WB. "Voodoo" death. *Medicine* 1957: 182-190.
- CEC90 Commission of the European Communities. CPMP Working Party on efficacy of medical products. Note for Guidance. Good clinical practice for trials on medicinal products in the European Community. III/3976/88-EN Final, 26-06-1990. Brussels: CEC, 1990: 1-41.
- CGG88 Stichting Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde, Concept (medisch) programma. Winterswijk: Stichting Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde, 1988.
- CGR06 Centrale Gezondheidsraad. Commissie van Prae-advies welke maatregelen er genomen kunnen worden ter betuiging van de kwakzalverij. Den Haag: Centrale Gezondheidsraad, 1906.
- CGR13 Centrale Gezondheidsraad. Adres van de heeren van Houten S, van Holthe tot Echten RO, van Hamel JA. Berichten en mededelingen Centrale Gezondheidsraad, Den Haag 1913; 23: 493-8.
- CGRISa Centrale Gezondheidsraad. Opmerkingen n.a.v. het adres van de heeren S van Houten, RO van Holthe tot Echten, houdende het verzoek, eene wijziging van de betrokken wettelijke bepalingen tot stand te willen brengen, die meerdere vrijheid in de uitoefening der geneeskunst, onder bepaalde waarborgen schept. Voorstellen en Verslagen Centrale Gezondheidsraad, Den Haag 1913; 63: 415-18.
- CGR17 Centrale Gezondheidsraad. Advies inzake het aan H.M. de Koningin gerichte adres van de heeren S van Houten, RO van Holthe tot Echten, JA van Hamel, houdende het verzoek, eene wijziging van de betrokken wettelijke bepa-

lingen tot stand te willen brengen, die meerdere vrijheid in de uitoefening der geneeskunst scheidt. Voorstellen en Verslagen Centrale Gezondheidsraad, Den Haag 1917; 1: 1-8.

- CMA91 Anoniem. One in five Canadians is using alternative therapies, survey finds. *Can Med Assoc J* 1991; 144: 469.
- Coh88 Cohen SI. Voodoo death, the stress response. In: Bridge TP, red. *Psychological, neuropsychiatric, and substance abuse aspects of Aids*. New York: Raven Press, 1988: 95-109.
- Con89 Constant PM. Homeopathie. De moeizame bevalling van een nieuw inzicht. *Med Contact* 1989; 25(44): 849-50.
- Coo79 Cook TD, Campbell DT. *Quasi-experimentation: Design & analysis issues for field setting*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company, 1979.
- Cop90 Copeman MC. Restoring trust between patiënt and doctor. *N Engl J Med* 1990; 322: 195-7.
- Cor85 Cornelisse FH. *Inleiding tot de wetenschapsfilosofie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1985.
- Cre90 van Crevel H, van Gijn J. Klinimetrie: hoe gaat het met de patiënt? *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134(1): 7-11.
- DAG89 AAG-Commissie Dekker en Alternatieve Geneeswijzen (DAG). *Vergoeding van alternatieve geneeswijzen*. *Similia S Curentur* 1989; 19(3): 113.
- Dag90 Dager SR, Khan A, Cowley D, e.a. Characteristics of placebo response during long-term treatment of panic disorder. *Psychopharmacol Buil* 1990; 26(3): 273-8.
- Dal92 Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal. Geerts G, Heestermans H, red. *Twaalfde, herziene druk*. Utrecht: Van Dale Lexicografie, 1992.
- Deb83 Debats FJM. *Wetenschapsopvattingen en alternatieve geneeswijzen. De slag om de alternatieven*. *Med Contact* 1983; 14.: 407-10.
- Dij91 van Dijk P. *Huisarts en integrale geneeskunde*. Kampen: La Rivière en Voorhoeve, 1991.
- Din66 Dinnerstein AJ, Lowenthal M, Blitz B. The Interaction of drugs with placebos in the control of pain and anxiety. *Perspect Biol Med* 1966; (autum): 103-17.
- Doo92 van Doorn H. *Criteria beroepsuitoefening alternatieve gezondheidszorg. Kwaliteit in beeld*. Zoetermeer: NRV, 1992.

- Dun77 Duncan RC. Introductory biostatistics for the health sciences. New York: J Wiley & Sons Inc, 1977.
- Dun87 Dunning AJ. Quia absurdum. Bijlage 'Wetenschap en onzin'. NRC 1987; 29 december.
- Dyc86 van Dyck R. Psychotherapie, placebo en suggestie (Proefschrift). Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1986.
- Eas91 Easterbrook PJ, Berlin JA, Gopalan R, e.a. Publication bias in clinical research. Lancet 1991; 337: 867-72.
- Eis93 Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, e.a. Unconventional medicine in the United States. N Engl J Med 1993; 328 (4): 246-52.
- EK92 Eerste Kamer der Staten-Generaal. Regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Gewijzigd voorstel van wet dd 26-6-1992. Handelingen Eerste Kamer, vergaderjaar 1991-1992; nr 19522-327. Den Haag: Sdu, 1992.
- Els90 van Eist CA. Evaluatie onderzoeksbeleid alternatieve geneeswijzen (eindrapport). Leiden: Stichting Research voor Beleid, 1990.
- Eng92 Engelbart JH. The meaning of placebo: therapy versus placebo or placebo by therapy. Amsterdam, 1992 (in voorbereiding).
- Fah90 Fahrlander H, Truog P. Placebowirkung und Alternativmedizin. Schweiz Med Wochenschr 1990; 120(16): 581-8.
- Fei67 Feinstein AR. Clinical Judgment. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1967.
- Fei85 Feinstein AR. Clinical Epidemiology. The Architecture of Clinical Research. Philadelphia: WB Saunders Company, 1985.
- Fey75 Feyerabend PK. Against method; outline of an anarchistic theory of knowledge. London: New Left Books, 1975.
- Fey78 Feyerabend PK. Science in a free society. London: New Left Books, 1978.
- Fie77 Fiedler L. A Fiedler Reader. New York, 1977.
- Fok91 Fokkens P. Een nieuwe super-koepel voor niet-regulieren. CARE 1991; 8: 11-3.
- Fol78 Folli G, Radice M, Beltrami A, e. a. Placebo effect in the treatment of angina pectoris. Acta Cardiol 1978; 33(4): 231-9.

- Geco89 Geneesmiddelenconunissie. Brief van de voorzitter betreffende registratie homeopathische/anthroposofische farmaceutische produkten. Rijswijk: Geneesmiddelencommissie, 1989; (Geco 4170).
- Geco90 Geneesmiddelencommissie. Advies betreffende homeopathische/anthroposofische farmaceutische produkten. Rijswijk: Geneesmiddelencommissie, 1990; (Geco 4226).
- Gee89 van der Geest S, Nijhof G, red. Ziekte, Gezondheidszorg en Cultuur; verkenning in de medische antropologie en sociologie. Amsterdam: Het Spinhuis, 1989.
- Gel91 Gelijns AC. Innovation in Clinical Practice. The Dynamics of Medical Technology Development (Proefschrift Universiteit van Amsterdam). Washington: National Academy Press, 1991.
- Geu90 de Geus AC, Schraag JC. Kwaliteitsbeheersing op het gebied van de nascholing in de geneeskunde. Med Contact 1990; 45(13): 429-31.
- Gow83 Gowdey CW. A guide tot the pharmacology of placebos. Med Ass J Can 1983; 128: 921-5.
- Grü81 Grünbaum A. The Placebo Concept. Behav Res Ther 1981; 19: 157-67.
- Grü85 Grünbaum A. Explication and Implications of the Placebo Concept. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo: theory, research, and mechanisms. New York: Guilford Press, 1985: 9-36.
- GR88 Gezondheidsraad: Presidiumcommissie. Voorbehouden handelingen in de toepassing van de individuele gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 1988; publikatie nr 1988/30.
- GR91 Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde. Medisch Handelen op een tweekop. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991; publikatie nr 1991/23.
- GR92 Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde. Voorbehouden handelingen II. Den Haag: Gezondheidsraad, 1992; publikatie nr 1992/05.
- GR92a Gezondheidsraad: Commissie Stress en Gezondheid. Stress en Gezondheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 1992; publikatie nr A92/2.
- Gra85 Gracely RH, Dubner R, Deeter WR, e.a. Clinicians' expectations influence placebo analgesia. Lancet 1985; i: 43.
- Gre83 Grevert P, Albert LH, Goldstein A. Partial antagonism of placebo analgesia by naloxone. Pain 1983; 16: 129-43.

- Gre85 Grevert P, Goldstein A. Placebo analgesia, naloxone, and the role of endogenous opioids. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo: Theory, Research and Mechanisms. New York: The Guilford Press, 1985: 332-50.
- Gro61 de Groot AD. Methodologie: grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen. Den Haag: Mouton, 1961.
- Gro69 Groen JJ. Het placebo als vorm van psychotherapie. Ned Tijdschr Med Studenten 1969; 4: 105-19.
- Gro85 de Groot AD. Over intuïtie (Afscheidscollege). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1985; (Heymans Bulletin 85-768-EX).
- Gro92 de Groot A. Alternatieve geneeswijzen in de gezondheidszorg van de jaren '90. In: Ziektekostenverzekeringen en vergoeding alternatieve geneeswijzen. Amersfoort: IDAG, 1992: 13-21.
- Guy86 Guyatt G. Determining optimal therapy - randomized trials in individual patients. N Engl J Med 1986; 314: 889-92.
- Guy92 Guyatt G, Sackett D. The Clinician's Actions When N = 1. In: Melmon KL, Morelli HF, Hoffman BB, e.a., red. Clinical Pharmacology; basic principles in Therapeutics. New York: McGraw-Hill, 1992: 942-50.
- Hah83 Hahn RA, Kleinman A. Belief as Pathogen, Belief as Medicine: 'Voodoo Death' and the 'Placebo Phenomenon' an Anthropological Perspective. Med Anthropol Quarterly 1983; 14(4): 16-9.
- Han53 Handfield-Jones RPC. A bottle of medicine from the doctor. Lancet 1953; ii: 823-5.
- Han58 Hanson NR. Patterns of Discovery. Cambridge, 1958.
- HasSO Hassan I. The question of Postmodernism. In: Garrin-HR. Bucknell Review-Romanticism, Modernism and Postmodernism. Lewisburgh, 1980.
- Has87 Hassan I. The Postmodern Turn: Essays in Postmodern Theory and Culture. Columbus, 1987.
- Has88 Hashish I, Hai HK, Harvey W, e.a. Reduction of post-operative pain and swelling by ultrasound treatment: a placebo effect. Pain 1988; 33: 303-311.
- HDI90 Helen Dowling Institute for Biopsychosocial Medicine. A New Medical Model: A challenge for Biomedicine? Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1990; (HDI publikatie nr. 1).

- Hei91 Heine H. Lehrbuch der biologischen Medizin. Grundlagen und Systematik. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1991.
- Hen79 Henker B, Whalen CK, Collins BE. Double-blind and triple-blind assessments of medication and placebo responses in hyperactive children. *J Abnorm Child Psychol* 1979; 7: 1-13.
- Hen79a Henry JC. Methodological Studies of Proof of the ACR (VAS), 6th German/Latin congress on acupuncture and auricular therapy. Munich, 1979.
- Hen79b Henry JC, Henry E, Cardot JCI, e. a. Etude VAS par Dopplerlechographie, 7th German/Latin congress on acupuncture and auricular therapy, Palma de Mallorca, Spain. *Arztezeitschr Naturheilverf* 1979; 7: 338-401.
- Her86 Heron J. Critique of conventional research methodology. *Compl Med Res* 1986; 1(1): 12-22.
- Hin89 van Hinsbergen VWM. Eindrapport project Chelatie-behandeling: onderzoek naar cellulaire effecten. Leiden: Gaubius Instituut-TNO, 1989; (nr 87-111).
- Hug85 Hughes J, Krahn D. Blindness and the validity of the double-blind procedure. *J Clin Psychopharmacol* 1985; 5: 138-43.
- IDAG90 Stichting IDAG. Beroepsopleidingen 1991. Alternatieve geneeswijzen. Amersfoort, Stichting IDAG, 1990.
- IDAG91 Stichting IDAG. Op verzoek van de Gezondheidsraad door de Stichting IDAG ter beschikking gestelde informatie. Amersfoort: IDAG, 1991.
- IDAG91a Stichting IDAG. Ziektekostenverzekering en alternatieve geneeswijzen. Amersfoort: IDAG, 1991.
- IDAG92a Stichting IDAG. Nieuwe stappen in de richting van een koepel voor het alternatieve veld: de ANG. *IDAG Attenderingsbull* 1992; 1: 14-5.
- IMTA90 Institute for Medical Technology Assessment. Jaarverslag 1989. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam/IMTA, 1990.
- Int88/89 Integraal, lichaam en geest in gezondheid en ziekte. *Themanummer Placebo* 1988/89; (3): 1-103.
- Ish81 Ishikawa H. Scientific evaluation of oriental approaches from the viewpoint of cybernetics. *J Ind Physiol* 1981; 3(2): 37-40.
- Jac90 Jacobs JWG. Rheumajecta & vasolastine: verslag van onderzoek naar het effect bij patiënten met reumatische

- aandoeningen (Proefschrift). Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1990.
- Jan88 Janicki AG, Orzechowska-Juzwenko K, Swiderska-Blonska T. The methodological and clinical aspects of the placebo effect in angina pectoris. *Cor Vasa* 1988; 30(1): 35-42.
- Jen81 Jensen PS. The Doctor-Patient Relationship: Headed for Impasse or Improvement? *Ann Intern Med* 1981; 95: 769-71.
- Jon89 Jones JK. Determining Causation from Case Reports. In: Strom BL, red. *Pharmacoepidemiology*. New York: Churchill Livingstone, 1989.
- Kam89 van Kampen CFA. Het placebo-effect. *Neet Tijdschr Int Geneesk* 1989; 5: 558-63.
- Kan65 Kantor TG, Sunshine A, Laska E, e.a. Oral analgesic studies: Pentazocine hydrochloride, codeine, aspirin, and placebo and their influence on response to placebo. *Clin Pharmacol Ther* 1965; 7: 447-54.
- Kap89 Kapelis L. Cognitive behaviourism and beyond. The views of Michael J Mahoney. *Austr Psychol* 1989; 24(3): 343-55.
- Kas90 Kasteleyn EW. Bio-energieën: historisch en recent wetenschappelijk onderzoek. *IDAG Attenderingsbull* 1990; 5(4): 9-14.
- Kas91a Kasteleyn EW. Bio-energieën en elektro-magnetische straling. *IDAG Attenderingsbull* 1991; 6(1): 9-16.
- Kas91b Kasteleyn EW. Nieuwe inzichten in de subjectiviteit van de elektro-acupunctuurmetingen volgens Voll (EAV). *IDAG Attenderingsbull* 1991; 3: 19-21.
- Kas92 Kasteleyn EW. De val van Voll is niet het einde. *CARE* 1992; 15: 21-5.
- Kas93 Kasteleyn EW. Wetenschappelijk Onderzoek Wichelroeden en Geopathie. Leusden: Stichting Ochêma, 1993.
- Kei90 Keizer ED, Albers JWB. Een onderzoek naar de waarde van orthomanele geneeskunde (Proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990.
- Kho91 Kho HG. Acupuncture in anaesthesia and surgery: studies in China and the Netherlands (Proefschrift). Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1991.
- Kie74 Kienle G. *Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft. Eine kritische Untersuchung*. Stuttgart: FK Schattauer Verlag, 1974.

- Kir78 Kirsch I. The placebo effect and the cognitive-behavioral revolution. *Cognitive Ther Res* 1978; 2(3): 255-64.
- Kir92 Kirschbaum C. Conditioning of drug-induced immunomodulation in human volunteers: A European Collaborative Study. *Br J Clin Psychol* 1992; 31: 459-72.
- Kle91 Kleijnen J. Clinical trials of homoeopathy. *Br Med J* 1991; 302: 316-23.
- Kle91a Kleijnen JMP. Food Supplements and their efficacy (Proefschrift). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991.
- Kle92 Kleijnen J, Knipschild P. Review Articles and Publication Bias. *Arzneimittelforschung* 1992; 42(1): 587-91.
- Kle92a Kleijnen J, Knipschild P. The comprehensiveness of Medline and Embase computer searches. *Pharm Weekbl (Sc)* 1992; 14(5): 316-20.
- Kni88 Knipschild P. Valkuilen van ongecontroleerd geneesmiddelonderzoek. In: Mochel-H, e.a. *Chelatietherapie: een omstreden behandeling bij hart- en vaatziekten*. Kampen: Kok, 1988: 64-79.
- Kni90 Knipschild P, Kleijnen J, ter Riet G. Zur Glaubwürdigkeit alternativer Medizin. *Skeptiker* 1990; 3: 4-8.
- Kni90a Knipschild P, Leffers P. De informatiewaarde van empirisch onderzoek. *Tijdschr Soc Geneeskd* 1990; 5: 31-2.
- Kni90b Knipschild P, Kleijnen J, ter Riet G. Geloof in alternatieve geneeswijzen. *Med Contact* 1990; 45(13): 421-2.
- Kni91 Knipschild P, Leffers P, Feinstein AR. The qualification period. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 461-4.
- Kni91a Knipschild PG. Alternatieve praat. De waarheid van alternatieve geneeskunde. In: van Everdingen JJE, Klazinga NS, red. *De wet tot behoud van waarheid. Verkenningen naar de samenhang in bewijsvoering tussen wetenschap, geneeskunde en recht*. Overveen: Belvédère, 1991: 179-90.
- KNMG89 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.: Conferentie 'Kwaliteit van Zorg'. Utrecht: KNMG, 1989.
- KNMG90 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.: Vervolgconferentie 'Kwaliteit van Zorg'. Van uitspraken naar afspraken over kwaliteitsbeleid. Utrecht: KNMG, 1990.

- Koe92 Koes BW. Efficacy of manual therapy and physiotherapy for back and neck complaints (Proefschrift). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.
- Kot92 Kottow MH. Classical medicine versus alternative medical practices. *J of Med Ethics* 1992; 18: 18-22.
- Kro89 Krol LJ. De stille revolutie in de geneeskunde (Inaugurale rede). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989.
- Kru90 Kruyver GPM. Het demarcatiecriterium in de wetenschapsfilosofie. De zwarte zwaan van Popper. *Med Contact* 1990; 25: 813-4.
- Kua87 Kuang D, Miller IJ, Little FB. Tongues of TMC constitutional types in otolaryngology outpatients. *J Trad Chin Med* 1987; 7(4): 251-62.
- Kuh62 Kuhn TS. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
- Kuh70 Kuhn TS. Reflections on my Critics. In: Lakatos I, Musgrave A, red. *Criticism and the Growth of Knowledge*. Cambridge: University Press, 1970.
- Kui88 Kuindersma P, Peters L. Haalbaarheid experimentele samenwerkingsverbanden van huisartsen en alternatieve genezers. Project samenwerking reguliere en alternatieve genezers. Utrecht: NIVEL, 1988.
- Kus89 Kuschinsky K. Konditionierung von Pharmakoneffekten: Ein Weg zur Erforschung von Placebowirkungen? *Dtsch Med Wochenschr* 1989; 114: 1171-4.
- Laa90 Laane WLJM, Vuister FM. Medisch-resultaat-management. 'De beloften van deze technologie zullen de moeite waard zijn'. *Med Contact* 1990; 31/32: 936-8.
- Laa90a van Laar CA, van der Pol J. 'Communicatie dus registratie'. Lezing Symbiont Congres Integrale Gezondheidszorg 1990. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1990.
- Lak70 Lakatos I, Musgrave A, red. *Criticism and the Growth of Knowledge*. Cambridge: University Press, 1970.
- Las58 Lasagna L, Laties VG, Dohan JL. Further studies on the 'pharmacology' of placebo administration, *J of Clin Invest* 1958; 37: 533-7.
- Las71 Lass H, Gottlieb P. *Probability and Statistics*. Reading (Mass): Addison-Wesley Publishing Company, 1971.
- Las73 Lastrucci CL. *De wetenschappelijke aanpak: Grondprincipes van de wetenschappelijke methode*. Groningen: HD Tjeenk Willink, 1966.

- Lec91 Leclaire R, Bourgouin J. Electromagnetic treatment of shoulder peri-arthritis: a randomized controlled trial of the efficiency and tolerance of magnetotherapy. *Aren Phys Med Rehabil* 1991; 72: 284-7.
- Lee91 van Leeuwen E. Wetenschap, waarheid en waarschijnlijkheid. In: van Everdingen JJE, Klazinga NS, red. *De Wet tot behoud van waarheid*. Overveen: Belvédère, 1991.
- Lew87 Lewith GT. Every doctor a walking placebo. *Complementary Med Res* 1987; 2(1): 10-8.
- Lin89 Linnemans WAM, van Wijk R. Het grondstelsel: basis voor het toetsen van geneeswijzen. *Natuur&Techniek* 1989; 57(5): 354-5.
- Lin91 Linnemans W. De creatie van een traditie in de integrale gezondheidszorg. *CARE* 1991; 5: 41-3.
- Lip90 Lipman JJ, Miller BE, Mays KS, e.a. Endorphin concentration in cerebrospinal fluid: reduced in chronic pain patients and increased during the placebo response. *Psychopharmacology (Berl)* 1990; 102(1): 112-6.
- Lit91 Littlewood R. From disease to illness and back again. *Lancet* 1991; 337: 1013-6.
- Loo90 van der Loo H, van Reijen W. Paradoxen van modernisering; een sociaal-wetenschappelijke benadering. Muidersberg: Coutinho, 1990.
- Lub88 Lubsen J. Wat niet kan bestaan, kan niet werken. *VFG-Bull* 1988: 9.
- Lyn89 Lyoë N. Theoretical and empirical problems in the assessment of alternative medical technologies. *Scand J Soc Med* 1989; 17: 257-63.
- Lyo79 Lyotard JF. *Het postmoderne weten: een verslag*. Kampen: Kok Agora, 1979.
- Maa86 Maassen van den Brink H. *Rapport Beroepsorganisaties Alternatieve Geneeswijzen, een inventariserend onderzoek*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1986.
- Maa87 Maassen van den Brink H. *Studie kwantitatieve betekenis alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1987.
- Mar87 Marchini M, Fedele L, Garagiola U, e.a. Pirprofen, naproxen and placebo in the treatment of primary dysmenorrhoea. *Drugs Exp Clin Res* 1987; 13(11): 699-705.

- Mar91 Margraf J, Ehlers A. How 'Blind' are double-blind Studies? *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(1): 184-7.
- Mas70 Masterman M. The Nature of a Paradigm. In: Lakatos I, Musgrave A, red. *Criticism and the Growth of Knowledge*. Cambridge: University Press, 1970.
- Mat86 Mater M. Stress, placebo en therapeutisch effect. *Pharra Weekbl* 1986; 121: 1136-45.
- McC92 McCann CC, Goldfarb B, Frisk M, e.a. The role of personality factors and suggestion in placebo effect during mental stress test. *Br J Clin Pharmacol* 1992; 33: 107-10.
- Mel55 van Melsen AGM. *Natuurfilosofie*. Antwerpen: Standaard-Boekhandel, 1955.
- Mel82 Mellenbergh GJ. Wetenschapsopvattingen en alternatieve geneeswijzen. *Med Contact* 1982; 51/52: 1629-31.
- Mel92 Melmon KL, Morrelli HF, Hoffmann BB, e.a. The Clinician's Actions When N = 1. In: Melmon KI, ed. *Clinical Pharmacology; basic principles in Therapeutics*. New York: McGraw-Hill, 1992.
- Men91 Menges LJ. *Hoop doet leven: Nieuwe variaties op een oud thema (Afscheidscollege)*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 1991.
- Mer92 Mervis J. NIH makes room for the unconventional after Congress mandates new programme. *Nature* 1992; 358: 5
- Moe76 Moertel CG, Taylor WF, Roth A, e. a. Who responds to sugar pills? *Mayo Clin Proc* 1976; 51(2): 96-100.
- Moe79 Moerman DE. Anthropology of symbolic healing. *Curr Anthropol* 1979; 20(1): 59-80.
- Moe83 Moerman DE. General medical effectiveness and human biology: placebo effects in the treatment of ulcer disease. *Med Anthropol Quarterly* 1983; 14(4): 3, 13-6.
- Moe92 Moens JJF. Kwaliteitseisen voor nascholing in de geneeskunde. Advies dreigt in bureaula te verdwijnen. *Med Contact* 1992; 47: 841-2.
- NavSO Navach JH. Infrated photo-pulse sensor and Doppler Investigation of the Autonomie Vascular System (VAS), 7th German/Latin congress of acupuncture and auricular therapy, Palma de Mallorca, Spain, 1980.
- Nee91 de Neeling JND. *Quality of Life; het onderzoek naar welzijnseffecten van medische behandelingen*. Utrecht: Bunge, 1991.

- NEF91 Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie (NEFARMA). Hoge groeicijfers voor homeopathie en fytotherapie. *Zelfzorg* 1991; 3: 15-7.
- NEH90 Nederlandse Associatie van Fabrikanten en Importeurs van Homeopatische en Fytotherapeutische Geneesmiddelen (NEHOMA). Op de bres voor wettelijke en wetenschappelijke erkenning van het natuurlijke geneesmiddel. Zwolle: NEHOMA, 1990.
- Nel92 Nelson H. USA: NIH approach to unconventional therapies. *Lancet* 1992; 304: 106-7.
- NoaSO Noach EL. Het placebo-effect en endorfinen. In: Querido A, Roos J, red. *Controversen in de geneeskunde. Deel I*: Utrecht: Bunge, 1980: 33-42.
- NRV86 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies over Rapport Beroepsorganisaties Alternatieve Geneeswijzen. Zoetermeer: NRV, 1986.
- NRV86a Nationale Raad Volksgezondheid. Discussienota. Begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening. Zoetermeer: NRV, 1986.
- NRV88 Nationale Raad voor de Volksgezondheid/Ziekenfondsraad. Advies mogelijkheden onderzoek van substitutie-effecten/verzekerbaarheid alternatieve geneeswijzen. Zoetermeer: NRV, 1988; (publicatie nr 1988/2).
- NRV90 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Beroepsuitoefening en opleidingen alternatieve geneeswijzen. Zoetermeer: NRV, 1990; (publicatie nr 1990/22).
- NRV90a Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering. Zoetermeer: NRV, 1990; (publicatie nr 1990/13).
- NRV91 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies over nota kwaliteit van zorg. Zoetermeer: NRV, 1991; (publicatie nr 1991/21).
- NRV91a Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Brief Voorzitter NRV aan de leden en adviserend leden van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen. Zoetermeer: NRV, 1991.
- NRV92 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Eerste rapportage voortgang ontwikkeling kwaliteitsbeleid. Zoetermeer: NRV, 1992; (publicatie 1992/2).
- NTMS69 Ned Tijdschr Med Studenten. Themanummer Magie en Farmacologie. *NTMS*, 1969; 4: 89-156
- NWO89 Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek. NWO naar '95: route en horizon. Deel 2: beleidsnota's van de gebiedsbesturen. Den Haag: NWO, 1989.

- NW090 Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek. Gids 1991-1992. Den Haag: NWO, 1990.
- NW090a Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek. Meerjarenplan 1991-1994. Deel 2: Beleidsnota's van de gebiedsbesturen. Den Haag: NWO, 1990.
- Oos92 Oosterman-Meulenbeld AC, Visser GJ. Samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten Alternatieve geneeswijzen en kwaliteit. Med Contact 1992; 47(1): 27-8.
- Oos92a Oosterman-Meulenbeld AC, Visser GJ. Juridisch kader. Samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten. Med Contact 1992; 47(1): 57-8.
- Ost89 Ostri P, Swartz R, Meyhoff HH, e.a. Antandrogenic treatment of benign prostatic hyperplasia: a placebo controlled trial. Urol Res 1989; 17: 29-33.
- OTA90 Office of Technology Assessment. Unconventional Cancer Treatments. Washington: US Government Printing Office, 1990.
- Pan69 Pannekoek JH. Het klinisch gebruik van de placebo's. Ned Tijdschr Med Studenten 1969; 16(4): 91-7.
- Pan72 Pannekoek JH. Het machtige placebo. Geneesmiddelenbull 1972; 6(20): 79-82.
- Par86a Parloff MB. Frank's 'common elements' in psychotherapy: nonspecific factors and placebos. Am J Orthopsychiatr 1986; 56(4): 521-30.
- Par86b Parloff MB. Placebo controls in psychotherapy research: a sine qua non or a placebo for research problems? J Consul Clin Psychol 1986; 54(1): 79-87.
- Pay90 Payer L. Medicine and culture: varieties of treatment in the United States, England, West-Germany and France. New York: Henry Holt, 1988.
- Pec91 Peck C, Coleman G. Implications of placebo clinical research and practice in pain management. Theor Med 1991; 12(3): 247-70.
- Pen64 Penick SB, Hinkle LE. The effect of expectation on response to phenmetrazine. Psychosom Med 1964; 26(4): 369-73.
- Pet89 Peters L. Huisartsen en alternatieve genezers: verslag van een haalbaarheidsonderzoek naar samenwerkingsexperimenten. Ned Tijdschr Integrative Geneeskde 1989; 5: 262-5.

- Pet92 Peters L, van der Kooij T. Huisarts en placebo's. Gegevens uit de Nationale Studie. Med Contact 1992; 47(27/28): 850-3.
- Pie92 Pietroni PC. Beyond the boundaries: relationship between general practice and complementary medicine. Br Med J 1992; 305: 564-6.
- Pis83 Pischinger A. Das system der Grundregulation. Heidelberg: Haug Verlag, 1983.
- Pop35 Popper KR. Logik der Forschung (Engelse vertaling: zie Pop59).
- Pop59 Popper KR. The logic of the Scientific Discovery. London: Hutchinson, 1959.
- Pop87 Popp FA. Neue Horizonte in der Medizin. Heidelberg: Haug Verlag, 1987.
- Pop89 Popp FA, Warnke U, König H, e. a. Electro-magnetic bio-information. München: Urban & Schwarzenberg, 1989.
- Qui91 Quitkin FM, Harrison W, Stewart JW, e.a. Response to phenelzine and imipramine in placebo-non-responders with atypical depression. A new application of the crossover design. Arch Gen Psychiatr 1991; 48(4): 319-23.
- Rab86 Rabkin JG, McGrath PJ, Stewart JW, e.a. Follow up of patients who improved during placebo washout. J Clin Psychopharmacol 1986; 6(5): 274-8.
- Rab86a Rabkin JG, Markowitz JS, Stewart J, e.a. How blind is blind? Assessment of patient and doctor medication guesses in a placebo-controlled trial of imipramine and phenelzine. Psychiatr Res 1986; 19: 75-86.
- Rab87 Rabkin JG, Stewart JW, McGrath PJ, e.a. Baseline characteristics of 10-day placebo washout responders in antidepressant trials. Psychiatr Res 1987; 21(1): 9-22.
- Rap85 Rapport MD, Stoner G, DuPaul GJ, e.a. Methylphenidate in hyperactive children: differential effects of dose on academic, learning, and social behavior. J Abnorm Child Psychol 1985; 13(2): 227-43.
- Ras92 Rasker JJ. De waarde van alternatieve behandelwijzen bij reumatische aandoeningen. Congres 'Stille Pijn', Utrecht, 4-12-1992. Amsterdam: Stichting Congres 'stille pijn', 1992.
- RCCM86 Research Council for Complementary Medicine. Complementary medicine in the UK. Background information. London: Research Council for Complementary Medicine, 1986.

- Rei89 Reimherr FW, Ward MF, Byerley WF. The introductory placebo washout: a retrospective evaluation. *Psychiatr Res* 1989; 30(2): 191-9.
- RG088 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Mediaal Technology Assessment (MTA). Den Haag: RGO, 1988; (rapport nr 4).
- RG089 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Kwaliteitsbewaking in het Gezondheidsonderzoek. Den Haag: RGO, 1989; (rapport nr 5).
- RG090 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Kwaliteit van zorg; Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. Den Haag: RGO, 1990; (rapport nr 6).
- RG091 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Chronische aandoeningen: prioriteiten voor onderzoek. Den Haag: RGO, 1991; (rapport nr 7).
- RG093 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Brede Analyse Gezondheidsonderzoek, deel 1. Den Haag: RGO, 1993; (rapport nr 9).
- Rie89 ter Riet G, Kleijnen J, Knipschild P. Oorsprong en werkingsmechanismen van acupunctuur. *Huisarts Wet* 1989; 32(5): 170-5.
- Rig89 Rigter H. Het sociale gezicht van de geneeskunde (Inaugurale rede). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1989.
- Rol88 Rolies J, red. De gezonde burger, gezondheid als norm. Nijmegen: Sun, 1988.
- Ros85 Ross S, Buckalew LW. Placebo Agency: Assessment of Drug and Placebo Effects. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. *Placebo; Theory, Research, and Mechanisms*. New York: The Guilford Press, 1985: 67-82.
- Ros85a Rosenthal R. Designing, Analyzing, Interpreting, and summarizing Placebo Studies. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. *Placebo; Theory, Research, and Mechanisms*. New York: The Guilford Press, 1985: 110-36.
- RuLi88-91 Rijksuniversiteit Limburg. Jaarverslagen afdeling Epidemiologie en Gezondheidszorgonderzoek. (Department of Epidemiology/Health Care Research). Maastricht: RULi, 1988 t/m 1991.
- Rus48 Russel BAW. Human knowledge. Its scope and limits. Londen, 1948.
- Sac85 Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Clinical Epidemiology, a basic science for clinical medicine*. Boston: Little, Brown and Company, 1985.

- Sap92 Sapper H, red. Unkonventionelle Medizinische Richtungen. Bestandsaufnahme zur Forschungssituation. Materialien zur Gesundheitsforschung. Bonn: Projekttrager Forschung im Dienste der Gesundheit, 1992; (band nr 21).
- Sar77 Sarles H, Camatte R, Sahel J. A Study of the Variations in the Response Regarding Duodenal Ulcer when Treated with Placebo by Different Investigators. Digestion 1977; 16: 289-92.
- Seg77 Segers JHG. Sociologische onderzoeksmethoden. Amsterdam: Van Gorcum, 1977.
- SG088 Adviesgroep Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek. Op zoek naar leemten in het geneeskundig onderzoek: Uitgangspunten en werkwijzen van het Adviesgroep SGO. Den Haag: SGO, 1988.
- Sko91 Skovlund E. Should we teil patients that they might receive placebo? Lancet 1991; 337: 1041.
- Sme92 de Smet PAGM, Keiler K, Hansel R, e. a. Adverse Effects of Herbal Drugs. Berlijn: Springer-Verlag, 1992.
- Sme93 de Smet PAGM. De keerzijde van alternatieve middelen. Geneesmiddelenbull 1993; 27(1): 1-4.
- Sno89 Snoek JW. Het denken van de neuroloog: Reasoning in neurology (Proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989.
- Sob78 Soble A. Deception in Social Science Research: is informed consent possible? Hastings Center Rep 1978; (Oct): 40-6.
- Stal9 Staatscommissie. Rapport van de Staatscommissie (KB 31 juli 1917)(Commissie Pekelharing) aan welke is opgedragen een onderzoek in te stellen naar de doeltreffendheid van de door niet wettelijk toegelaten beoefenaren van de geneeskunst, toegepaste geneeswijze en naar de door deze verkregen resultaten. Den Haag: Van Langenhuysen, 1919.
- Ste91 Stegeman JH. Wat nodig is om een goed dokter te zijn. De kunst van 'tacit knowledge'. Med Contact 1991; 35: 978-83.
- Stö85 Störig HJ. Geschiedenis van de filosofie, deel 2. Utrecht: Het Spectrum, 1985.
- Swi89 Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête 1981-1988. Maandbericht Gezondheidsstat 1989; 9: 5-24.
- Swi90 Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête 1981-1989. Maandbericht Gezondheidsstat 1990; 9: 5-24.

- Swi91 Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête 1981-1990. Maandbericht Gezondheidsstat 1991; 6: 10-28.
- Swi92 Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête 1981-1991. Maandbericht Gezondheidsstat 1992; 6: 5-14.
- TK82 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Regeringsstandpunt Alternatieve Geneeswijzen. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1981-1982; nr 17481-1-2. Den Haag: Sdu, 1981.
- TK83 Tweede Kamer der Staten-Generaal, Vaste Commissie voor de Volksgezondheid. 51ste uitgebreide commissievergadering (UCV), 5-9-1983. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1982-1983. Den Haag: Sdu, 1983.
- TK83a Tweede Kamer der Staten-Generaal. Alternatieve Geneeswijzen: moties. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1982-1983; nr 17481-6 t/m 17. Den Haag: Sdu, 1983.
- TK85 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief dd 24-6-1985 van de Staatssecretaris van WVC aan de Voorzitter van de Tweede Kamer n.a.v. vragen gesteld tijdens het mondeling overleg over Alternatieve Geneeswijzen op 24-1-1985. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1985; nr 17481-23. Den Haag: Sdu, 1985.
- TK90 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vragen en antwoorden n.a.v. Vasolastine-kwestie 14-5-1990. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990; Aangangsels nr 630: 1267. Den Haag: Sdu, 1990.
- TK90a Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de Staatssecretaris van WVC en de Minister van O&W aan de Voorzitter van de Tweede Kamer inzake Ontwikkelingsgeneeskunde, 20-12-1990. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991; nr 21800XVI-84. Den Haag: Sdu, 1991.
- TK91 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Aktiepunten Chronisch-Ziekenbeleid. Lijst van Vragen en Antwoorden. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991; nr 22025-2. Den Haag: Sdu, 1991.
- TK91a Tweede Kamer der Staten-Generaal. Advies- en uitvoeringsorganen in de Volksgezondheid. Regeringsstandpunt. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992; nr 22449-1. Den Haag: Sdu, 1991.
- TK91b Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kwaliteit en zorg. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991; nr 22113-2. Den Haag: Sdu, 1991: 1-37.
- Ton87a Tonkin RD. Role of research in the rapprochement between conventional medicine and complementary therapies: discussion paper. J R Soc Med 1987; 80: 361-3.

- Ton87b Tonkin R. Research into complementary medicine. *Compl Med Res* 1987; 2(1): 5-9.
- U1186 Ullmann RK, Sleator EK. Responders, non-responders, and placebo responders among children with attention deficit disorder. Importance of a blinded placebo evaluation. *Clin Pediatr (Phila)* 1986; 25(12): 594-9.
- VanSO Vandebroucke JP. De regel van Bayes; zijn toepassing in de klinische diagnostiek, de epidemiologie en de statistiek. *Hart Buil* 1980; (juni): 77-80.
- Van91 Vandebroucke JP, Grobbee DE. De blinde arm van de wetenschap. Een kritische beschouwing over onderzoeksmethodologie. In: van Everdingen JEE, Klazinga NS, red. De wet tot behoud van waarheid. Verkenningen naar de samenhang in bewijsvoering tussen wetenschap, geneeskunde en recht. Overveen: Belvédère, 1991: 63-81.
- V&M72 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Onbevoegde uitoefening der geneeskunst. Rapport van de Commissie ingesteld bij beschikking van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 11-8-'65, nr 104172 (Commissie Peters). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1972; (VAR 1972/2).
- V&M73 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (Commissie de Vreeze). Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1973; (VAR 1973/15).
- Ver83 Verbrugh HS. Nieuw besef van ziekte en ziek zijn: over veranderingen in het mensbeeld van de medische wetenschap. Haarlem: De Toorts, 1983.
- Ver87 Verbrugh HS. Aandachtig lijf: verleden en toekomst van het menselijk lichaam. Kampen: Kok Agora, 1987.
- Ver89 Verbrugh H. Alternatieve geneeswijzen en reguliere geneeskunde - twee kanten van een medaille. *Desiderius* 1989; (juni): 12-5.
- Ver89a Verbeek-Heida PM. De behoefte aan informatie bij het gebruik van antibiotica. In: van der Geest S, Nijhof G, red. Ziekte, gezondheidszorg en cultuur: verkenningen in de medische antropologie en sociologie. Amsterdam: Het Spinhuis, 1989: 100-9.
- Ver91 Vermeulen M. De onlogische redelijkheid van het klinisch wetenschappelijk onderzoek. (Inaugurale rede). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1991.
- Ver92 Verweij GCG. Ontwikkelingen en raadplegen van alternatieve genezers en -huisartsen 1985-1990. *Maandbericht Gezondheidsstat* 1992; 5: 4-11.

- Ver92a Verweij GCG. Persoonlijke mededeling, 1992.
- VHAN93 Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland. Te consulteren homeopathische artsen, lid van de VHAN. Wageningen: Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland, 1993.
- VHAN93a Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland. Persoonlijke mededeling, 1993.
- Vis88 Visser GJ. Alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1988; 31: 252-6.
- Vis88a Visser GJ. Huisartsen en alternatieve geneeswijzen; een onderzoek naar meningen en ervaringen van huisartsen en patiënten. Utrecht: NIVEL, 1988.
- Vis89 Visser GJ. Reuma en alternatieve geneeswijzen. Een onderzoek onder reumatologen en patiënten met reumatische aandoeningen. Utrecht: NIVEL, 1989.
- Vis89a Visser J. The impact of non-orthodox medicine on health care expenditure. Proposal for a concerted action within the framework of the fourth Medical and Health Research Programme. Utrecht: NIVEL, 1989.
- Vis91 Visser GJ, Peters L. Haalbaarheidsonderzoek substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen. Utrecht: NIVEL, 1991.
- VNZ90 Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Anders omgaan met ziekte en gezondheid (Themanummer). Welzijn 1990; (4).
- Vou89 Voudouris NJ, Peck CL, Coleman G. Conditioned response models of placebo phenomena: further support. Pain 1989; 38: 109-16.
- Vou90 Voudouris NJ, Peck CL, Coleman G. The role of conditioning and verbal expectancy in the placebo response. Pain 1990; 43: 121-8.
- Vri78 de Vries Robbé PF. Medische besluitvorming, een aanzet tot formele geneeskunde (Proefschrift). Groningen: Universiteit Groningen, 1978.
- Vri85 de Vries MJ. Het behoud van leven: ziekte en heling in nieuw perspectief. Utrecht: Bonn, Scheltema & Holkema, 1985.
- Vro86 Vroon PA. Wortelmetaforen en denkstijlen in de geneeskunde. Utrecht: NOVAG Congres, 8 februari 1986.
- Vro90 Vrolijk HW. Hoe soft is de laser in de fysiotherapie: een constructieve Technology Assessment. Apeldoorn:

Studiecentrum voor Technologie en Beleid-TNO, 1990.

- Wag90 Wagenaar R. Functional Recovery after Stroke (Proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit, 1990.
- Wag92 Wagenaar RC. Tijdsree-ondersoek alternatief voor groeps-studies. CARE 1992; 11: 15-23.
- Wal92 Wall PD. The placebo effect: an unpopular topic. Pain 1992; 51: 1-3.
- Wam89 Wamelink FJM. Organisaties in het gezondheidsonderzoek: een wegwijzer. Den Haag: Raad voor Gezondheids-ondersoek, 1989.
- Web21 Weber M. Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen: Mohr, 1921.
- Wes82 Wesley P. Elementaire wetenschapsleer. Meppel: Boom, 1982.
- Whi85 White L, Tursky B, Schwartz GE. Proposed Synthesis of Placebo Models. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo; Theory, Research, and Mechanisms. New York: The Guilford Press, 1985: 431-47.
- WHO89 World Health Organisation. Forty Second World Health Assembly. Agenda item 18.2. Traditional medicine and modern health care. Resolution WHA 42.43, May 19, 1989. Geneva: WHO, 1989.
- WHO91 World Health Organisation. Verslag 44e World Health Assembly, Resolution WHA 44.34. Agenda item 17.2, 16 mei 1991. Genève: WHO, 1991.
- WicSO Wickramasekera I. A conditioned response model of the placebo effect: predictions from the model. Biofeedback Self Regul 1980; 5: 5-18.
- Wic85 Wickramasekera I. A conditioned response model of the placebo effect: predictions from the model. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo; Theory, Research, and Mechanisms. New York: The Guilford Press, 1985: 255-87.
- Wid89 Widdershoven G. Geen Bèta zonder gamma. Intermediair 189; 50; 43-7.
- Wij89 van Wijk R. Het basis-bioregulatiesysteem. In: Aakster CW, van Dijk PA, van Wijk R, red. Integrale geneeskunde; een inleiding. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1989: 38-50.
- Wij91 van Wijk R. Het belang van de medicamenten-test (volgens Voll) voor het fundamentele homeopathie-ondersoek. Lezing HEEL-symposium, Amsterdam, 13-4-1991.

- W1185 Wilkins W. Placebo Controls and Concepts in Chemotherapy and Psychotherapy Research. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo; Theory, Research, and Mechanisms. New York: The Guilford Press, 1985; 83-109.
- Wols0 Wolf S. Effects of Suggestion and Conditioning on Action of Chemical Agents in Human Subjects. Pharmacology of Placebo's. J Clin Invest 1950; 29: 100-9.
- Wul90 Wulff HR. The role of Medical Disease Models in Policy Decisions. In: Jönsson B, Rutten F, Vang J, red. Policy making in health care. Changing goals and new tools. Linköping: WHO Linköping Collaborating Centre, 1990.
- WVC84 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Voortgangsrapportage alternatieve geneeswijzen 1984. Kenmerk 77090 DG Vgz/GBO/PMBO. Rijswijk: WVC, 19-12-1984.
- WVC85 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Brief Staatssecretaris aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende alternatieve geneeswijzen. Kenmerk DG/Vgz/GBO/PMBO, nr 53897, 24-6-1985. Rijswijk: WVC, 1985.
- WVC86 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Voortgangsrapportage alternatieve geneeswijzen 1986. Rijswijk: WVC, 1986.
- WVC86a Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986; nr 19500. Den Haag: Sdu, 1986.
- WVC89 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, STABO. Onderzoeksprojecten volksgezondheid 1988/1989. Rijswijk: WVC, 1989.
- WVC90 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid/AGZ/BGZ. Brief aan de Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Alternatieve Geneeswijzen (SRBAG). Kenmerk DG Vgz/AGZ/BGZ 118525. Rijswijk: WVC, 8-5-1990.
- WVC91 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Kiezen en delen. Commissie Keuzen in de zorg (Commissie Dunning). Rijswijk: WVC, 1991.
- WVC93 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Brief aan Bestuur van de Alliantie Natuurlijke Geneeswijzen betreffende subsidie registratie alternatieve therapeuten. Kenmerk ZZT/MEO-924566, 4 januari 1993. Rijswijk: WVC, 1993.
- Xu90 Xu DZ, Li MF, Wu XM, e. a. Randomized trial of the effect of drugs on cervical dilatation for termination of

first trimester pregnancy. *Contraception* 1990; 41: 663-70.

- ZFR88 Ziekenfondsraad. Advies mogelijkheden onderzoek van substitutie-effecten/verzekerbareheid alternatieve geneeswijzen. Amstelveen: ZFR, 1988.
- ZFR91 Ziekenfondsraad. Advies inzake de verstrekking van homoeopathische en anthroposofische geneesmiddelen. Amstelveen: ZFR, 1991; (rapport nr 534).
- Zou91 van der Zouwe N. Omvang en achtergronden van het gebruik van alternatieve kankertherapieën. (Proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1991.

21.2 SELECTIE UIT DE OVERIGE GERAADPLEEGDE LITTERATUUR

- AAG92 Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen, (AAG). De toetsbaarheid van homoeopathie. Voordrachten uit het programma van het symposium Homoeopathie en Wetenschappelijk Onderzoek. *CARE* 1992; 10(bijlage): 1-32.
- Aak89 Aakster CW. Gerandomiseerd effectonderzoek. Twijfels bij de vanzelfsprekend. *Med Contact* 1989; 47(44): 1555-7.
- Aak89a Aakster CW, van Dijk PA, van Wijk R, e.a. *Integrale geneeskunde: een inleiding*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1989.
- Ass90 Assen GPM. *Lilalu, Psychose in Kenya* (Proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1990.
- Ass92 Assal JP, Lacroix A, Aufseesser-Stein M. Mieux écouter, mieux informer, mieux former. *Schweiz Rundschau Med* 1992; 81(6): 147-51.
- Bag89 Baggott J. The rules of reason. *New Sci* 1989; (nov 4): 67-8.
- Bal90 Balk JT. Houding van apothekers tegenover alternatieve geneesmiddelen. *Pharm Weekbl* 1990; 125(5): 136-7.
- Bal90a Ballieux RE. *Psychoneuro-immunologie*. Leiden: Stichting Bio-wetenschappen en maatschappij, 1990; (Cahier Biowetenschappen en maatschappij nr 3).
- Bal91c Ballieux RE, Impact of mental stress on the immune response. *J Clin Periodontol* 1991; 18: 427-30.
- Bar53 Barham A. The placebo; its use and abuse. *Lancet* 1953; ii: 823.

- BarS1 Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med* 1981; 94: 492-8.
- Bar83 Barsky AJ. Nonpharmacologic aspects of medication. *Arch Intern Med* 1983; 143: 1544-8.
- Bar88a Barents JW. De plaats van de alternatieve geneeswijzen in het universitair geneeskundig onderwijs. *Med Contact* 1988; 43 (23): 722-3.
- Bar91 Barrett S. Health Schemes, Scams and Frauds. Mount Vernon: Consumer Union, 1991.
- Bas91 Baselier PJAM. Speculatieve metafysica en geneeskunde. *Med Contact* 1991; 21: 649.
- Bau92 Bauer HH. Scientific Literacy and the Myth of the Scientific Method. Urbana: University of Illinois Press, 1992.
- Ben91 Bensing J. Doctor-patiënt communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991; 32(11): 1301-10.
- BerS1 Bergsma J. De huisarts in de storm. *Intermediair* 1981; (20): 1-7.
- Ber89 Bersee APM. Nieuwe wetgeving op het gebied van de beroepen in de gezondheidszorg. Voordracht Symbiont-congres, Nijmegen, 1989.
- Ber90 Bersee APM. De hoofdlijnen van het kwaliteitsbeleid; WVC licht de Kamer in. *Med Contact* 1990; 45: 1337-8.
- Ber91 Berkenbosch F, Wolvers DA, Derijk R. Neuroendocrine and immunological mechanisms in stress-induced immunomodulation. *J Steroid Biochem Molec Biol* 1991; 40: 639-47.
- Ber92 Berkenbosch F, Ballieux RE. Het beest en de geest. In: van Everdingen JJE, red. Beesten van mensen; microben en macroben als intieme vijanden. Deel II: In strijd met het beest. Overveen: Uitgeverij Belvédère, 1992.
- Bla84 Black D. An anthology of false antitheses, London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1984.
- BMA86 British Medical Association. Alternative Therapy. Report of the Board of Science and Education. London: The Chameleon Press Limited, 1986.
- Boc90 de Bock GH, Rijnveld SA, de Haan M. Geneeskunde en kwaliteit van leven. *Med Contact* 1990; 22: 701-4.
- Bol90 Bol P. Semmelweis: 140 jaar ratio in de geneeskunde. *Graadmeter* 1990; 6(7): 17-9.

- Bor92 Borst-Eilers E. Technology assessment: strijd voor de helft gewonnen? Graadmeter 1992; 8(7): 4-6.
- Bor93 Borst-Eilers E. Geneeskunde op recept? Inaugurele rede. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- Bos90 Boström H, Rössner S. Quality of alternative medicine - complications and avoidable deaths. Qual Assur Health Care 1990; 2: 111-7.
- Bou86 Bouter LM. Het therapeutisch experiment is ook het paradigma voor effectonderzoek van alternatieve geneeswijzen. Scripta-Med-Philos 1986: 54-9.
- Bou86a Bound MHS. Personal View. Br Med J 1986; 292: 1197.
- Bou89 Bouter LM. Wat is er tegen gerandomiseerd effectonderzoek? Med Contact 1989; 25(44): 851-2.
- Bou89a Bouter LM. Wat is er tegen goed onderzoek? Med Contact 1989; 47: 1557-8.
- Bra90 ter Braak GJ. Bestaat de homeopathie? Effectmeting onvoldoende. Med Contact 1990; 13: 419-21.
- Bri90 Brinkman-Woltjer LFJ. Patiëntenvoorlichting en -'counseling' bij medische experimenten. Med Contact 1990; 13: 427-9.
- Bro87 Browner WS, Newman TB. Are all significant P values created equal? An analogy between diagnostic tests and clinical research. JAMA 1987; 257(18): 2459-63.
- Bro92 Brown GE. Rational science, irrational reality: a congressional perspective on basic research and society. Science 1992; 258: 200-1.
- Bul89 Bullock ML. Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism. Lancet 1989; i: 435-9.
- Bus91 van Bussel RG. De enquête van de Hoofdinspectie van Volksgezondheid. Acupunctuur 1991; 14(5): 5-7.
- Büg89 Bügel P. De helende illusie van de homeopathie. Intermediair 1989; 13: 55-9.
- Büg90 Bügel P. Verborgene krachten achter de alternatieve geneeskunde. Een fortuinlijke dwaling. Intermediair 1990; 45: 23-7.
- CAR90 CARE (red). Werkgemeenschappen als motor voor integrale zorg. Verslag Symbiont-congres. CARE 1990; 3: 38-40.
- Cas90 Casparie AF. De (actieve) rol van de beroepsgroep bij

- de kwaliteitsborging. Aandacht voor een gestructureerde aanpak. Med Contact 1990; 45(51/52): 1538-9.
- CEG91 Commissie van de Europese Gemeenschappen. Schriftelijke vraag (+ antwoord) nr 1824/91 (92/C 102/55), betreffende beroepsuitoefening alternatieve geneeskunde. Publikatiebl Eur Gemeensch 1992; C 102/23-4.
- Cha80 Chapman JE. The Relationship between Law and Medicine. In: James-AE, red. Legal Medicine. Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1980.
- Deb90 Debats FJM. Wat zijn de klachten?: toelichting bij de homeopatische behandeling. Alkmaar: Homeovisie, 1990.
- Des92 Desimore R. The physiology of memory: recording of things past. Science 1992; 258: 245-6.
- Dey86 Deyo RA, Diehl AK. Patiënt satisfaction with medical care for low-back pain. Spine 1986; 11(1): 28-30.
- Die92 Diekstra RFW. Interview. In de topklinische zorg is de verhouding cure-care volstrekt verstoord. Cicero 1992; 4: 4-5.
- Dij90 van Dijk P. Eisen te stellen aan artsen die (ook) alternatief behandelen, Med Contact 1990; 45(51/2): 1542-44.
- Don88 Donia J, Verbrugh HS. Zo gezond als de ziekte (Serie artikelen). Vrije Volk 1988; 15, 22, 29 april, 6 en 13 mei.
- Dui92 Duijvestein J. Het postmodernisme versus de politieke hokjesgeest. Jonas 1992; 19: 6-7.
- Dur83 Durrer D. Zondebok. Leugenstoffeerder of nietige medicijnmeester. Diesrede ter gelegenheid van de 351 dies natalis van de Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Stichting Bijstand Cardiologisch Centrum, 1983.
- Dyc90 van Dyck R, Hoogduin K. Hypnosis: placebo or nonplacebo? Am J Psychother 1990; 44(3): 396-404.
- Eng84 Engelbart JH, Vrancken AME. Chronic pain from the perspective of health: a view based on systems theory. Soc sci Med 1984; 19: 1383-92.
- Eng87 Engelbart JH. Special: Pijn en therapie. De Medische Spiegel. Amsterdam: Materia Medica 1987; 3: 29-42.
- Eng89 Engelbart JH, Kwee SH. Acupunctuur: de twijfel aan het oordeel. Huisarts Wet 1989; 32(12): 482-4.
- Esk92 Eskens E. Alle theorie overboord; we weten niet hoe

ziekten in elkaar zitten. Interview met drs HG Bodde, homoeopathisch arts. Ad Valvas 1992; (nov): 7-8.

- Faw90 Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, e. a. A structured Psychiatrie Intervention for cancer patients I. Aren Gen Psychiatr 1990; 47: 720-5.
- Fer88 Ferguson M. The person inside the patiënt. Nursing Times 1988; 84(51): 40.
- Fin85 Finkei MJ. Placebo Controls are not always necessary. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo; Theory, Research, and Mechanisms. New York: The Guilford Press, 1985: 419-28.
- Fit83 Fitzgerald FT. Occasional notes. Science and Scam: Alternative thought patterns in alternative health care. N Engl J Med 1983; 309(17); 1066-7.
- Fle90 Fleuren MAH, Vermulst AA, Schouwink I, e. a. Tevredenheid bij gebruikers van alternatieve geneeswijzen. Determinanten van tevredenheid. T Soc Gezondheidsz 1990; 68: 335-40.
- Fok92 Fokkens P. De stille kracht van suggesties in de geneeskunde. Een geloofwaardige behandeling, ook als die 'niet waar' is, draagt wezenlijk bij tot herstel. Interview met prof dr R van Dyck. CARE 1992; 11: 20-3.
- Fos89 Foss L. The Challenge to biomedicine: a foundations perspective. J Med Philos 1989; 14: 165-91.
- Fou69 Foucault M. L'archeologie du savoir, 1969.
- Fra77 Frank JD. The two faces of psychotherapy. J Nerv Ment Dis 1977; 164(1): 3-7.
- Fra84 Frank JD. Exploring concepts of influence, persuasion, and healing. J Psychosoc Nursing 1984; 22(9): 32-7.
- Fro92 Frost and Sullivan Ltd. Alternative Therapies and Natural Medicines Market in Western Europe. London: Frost and Sullivan Ltd, 1992.
- Ful88 Fulder S. The handbook of Complementary Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- Gar91 Garb M. Non-traditional appeal. Am Med News 1991; (nov 25): 11-22.
- Gil190 Gillett G. NZ medicine after Cartwright. Br Med J 1990; 300: 893-4.
- Gra91 de Graaf S, Antonczyk A, Meijer D, e.a. Retrospectief onderzoek naar de effectiviteit van de Moermantherapie

bij kankerpatinten. Den Haag: Sdu, 1991.

- Gre90 Green W. The patiënt-doctor relationship. *Can Med Assoc J* 1990; 42(7): 758.
- GriS1 Gribbin M. Placebos: cheapest medicine in the world. *New Sci* 1981; (Jan 8): 64-5.
- Gro91 de Groot AD. Consensus als waarheidscriterium; het waarheidsgehalte van wetenschapsuitspraken op basis van de Forumtheorie. In: *De wet tot behoud van waarheid*. Overveen: Belvédère, 1991: 51-62.
- Gud78 Gudjonsson B, Spiro HM. Response to Placebos in Ulcer Disease. *Am J Med* 1978; 65: 399-402.
- Hah82 Hahn RA. Treat the patiënt, not the lab; internal medicine and the concept of 'person'. *Cult Med Psychiatr* 1982; 6: 219-36.
- Hal88 Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27(9): 935-9.
- Han93 Handysides S. Complementary medicine cautiously welcomed by NHS. *Br Med J* 1993; 306: 951.
- Har91 Harteloh PPM, Casparie AF, Touw PPJ. Het begrip 'kwaliteit van zorg'. Een analysekader. *Med-Contact* 1991; 1(46): 18-20.
- Har92 Hart JT. Two paths for medical practice. *Lancet* 1992; 340: 772-4.
- HDI88 Helen Dowling Institute. Conceptual and methodological issues in cancer psychotherapy intervention studies (Symposium Rotterdam, 1988). Lisse: Swets & Zeitlinger, 1988.
- Hen79 Henker B, Wahlen CK, Collins BE. Double-blind and triple-blind assessments of medication and placebo responses in hyperactive children. *J Abnorm Child Psychol* 1979; 7: 1-13.
- Her62 Herrnstein RJ. Placebo effect in the rat. *Science* 1962; 138: 677-8.
- Her90 Hershberger WA. Control theory and learning theory. *Am Behav Sci* 1990; 34(1): 55-66.
- Hof88 Hoffenberg R. Modern Medicine: prospects and problems. In: Austyn JM, red. *New Prospects for Medicine*. Oxford: Oxford University Press Oxford, 1988.

- Hof92 Hoffer C. Plan voor het hoofdonderzoek naar de positie van islamitische genezers in Nederland. Subsidie-aanvraag aan het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Leiden, 1992: 1-16.
- Hor86 de Horne DL, King NJ. Preparation for surgery. In: King NJ, Remenyi A. Health Care: a behavioural approach: 167-73. Sydney: Grune & Stratton, 1986.
- How89 Howson C, Urbach P. Scientific Reasoning, The Bayesian Approach. La Salie: Open Court Publishing Company, 1989.
- Hun89 Hunt LM, Jordan B, Irwin S. Views of what's wrong: diagnosis and patients' concepts of illness. Soc Sci Med 1989; 28(9): 945-56.
- IDAG92 Stichting IDAG. Ziektekostenverzekeringen en vergoeding alternatieve geneeswijzen, Amersfoort: IDAG, 1992.
- IDAG92a Stichting IDAG. Alternatieve Geneeswijzen en Europa 1992. Amersfoort: IDAG, 1992.
- IDAG92b Stichting IDAG. Alternatieve Geneeswijzen en Kanker. Amersfoort: IDAG, 1992.
- IDAG92c Stichting IDAG. De Wet BIG en Alternatieve Geneeswijzen. Amersfoort: IDAG, 1992.
- Iez91 leztonni LI. 'Black Box' Medical Information Systems; a technology needing assessment (Editorial). JAMA 1991; 265: 3006-7.
- IngSO Ingelfinger FJ. Arrogance. N Engl J Med 1980; 303(26): 1507-11.
- Jac90 Jacobs JWG, Rasker JJ, van Riel PLCM, e.a. Behandeling met Rheumajecta en Vasolastine van primaire fibromyalgie; resultaten van een gerandomiseerd, placebo-gecontroleerd, dubbelblind onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 134: 693-7.
- Jac90a Jacobs JWG. Vasolastine in historisch perspectief. Med Contact 1990; 45: 646-7.
- Jac90b Jacobs HM, Luttik A, Touw-Otten FWMM, e. a. De 'sickness impact profile'; resultaten van een valideringsonderzoek van de Nederlandse versie. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 134(40): 1950-4.
- Jac91 Jacobs JWG, Rasker JJ, van Riel PLCM, e.a. Alternatieve behandelingswijzen bij reumatische aandoeningen; een literatuuronderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 317-22.

- Jag89 Jage J. Practice of pain therapy in tumor patients. What is the value of the morphine rayth, placebo and the danger of addiction? Dtsch Krankenpflegez 1989; 42: 612-8.
- Jan91 Jansen GRHJ, van der Veer ALJ, Hagens J, e.a. Effectiviteit van homeopathie bij patiënten met actieve proctocolitis. Uitkomsten van een klein, blind klinisch experiment. Similia S Curentur 1991; 21(3): 91-9.
- Kam89 van Kampen CFA. Het placeboeffect. Ned Tijdschr Integr Geneesk 1989; 5(34): 558-63.
- Kas76 Kasteler J, Kane RL, Olsen DM, e.a. Issues Underlying prevalence of Doctor-shopping Behavior. J Health Soc Behav 1976; 17: 328-39.
- Kie85 Kiecolt-Glaser JK. Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population. Health Psychol 1985; 4: 25-41.
- Kin86 Kingman S. Medical research on trial. New Sci 1986: 48-52.
- Kni89 Knipschild P, Kleijnen J, ter Riet G. De effectiviteit van verschillende alternatieve geneeswijzen: verslag van een literatuuronderzoek in opdracht van het Ministerie van WVC over de periode september 1987 tot september 1989. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1989.
- Kni91 Knipschild PG. Homeopathie. Med Contact 1991; 26: 805.
- KNMP89 Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Veilig gebruik van kruidenmiddelen. Den Haag: KNMP, 1989.
- Koc89 Koch GG, Amara IA, Brown BW, e.a. A two-period crossover design for the comparison of two active treatments and placebo. Stat Med 1989; 8: 487-504.
- Kor68 Korsch BM, Gozzi EK, Francis v. Gaps in doctor-patient communication. Pediatrics 1968; 42(5): 855-71.
- Kov92 Kovacs FM. Experimental Study on Radioactive Pathways of Hypodermically Injected Technetium - 99m. J Nucl Med 1992; 33: 403-12.
- Kua87 Kuang D, Miller IJ, Little FB. Tongues of TCM constitutional types in otolaryngology outpatients. J Trad Chin Med 1987; 7: 251-62.
- Lag89 Lagendijk A. De arrogantie van de fysicus. Intermedi-air 1989; 38: 17-25.
- Lan83 Langley GB, Sheppard H, Wigley RD. Placebo therapy in rheumatoid arthritis. Clin Exp Reumatol 1983; 1(1): 17-21.

- Lan91 Lane DJ. Alternatieve and complementary medicine for asthma. *Thorax* 1991; 46: 787-97.
- Las57 Lasagna L, Laties VG, Dohan JL. Further studies on the 'Pharmacology' of placebo administration. *J Clin Invest* 1958; 37: 533-7.
- Laz87 Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch Intern Med* 1987; 147: 1653-8.
- Lee92 van Leeuwen T. Interview. In: van Soest M, red. *Heelmeesters, Medici over zichzelf en hun vak*. Amsterdam: Nijgh & van Ditmar, 1992.
- Lee92a van Leeuwen T. Dokter is tevreden. *Intermediair* 1992; (28): 21, 69.
- Ley85 Ley P. Doctor-patiënt communication: Some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance. *J Hypertens* 1985; 3(suppl 1): 51-5.
- Lin85 Linnemans WAM, Schamhart DHJ, van Wijk R. Het basisbioregulatiesysteem en Natuurgeneeswijzen. *Ned Tijdschr Integr Geneesk* 1985; 1(6): 258-65.
- Lin87 Lington H, Looij T, Berkenbosch J. Alternatieve geneeswijzen en de gezondheidszorgopleidingen: onderzoek naar het onderwijsaanbod en aanzet tot programmaontwikkeling. Amsterdam: Kohnstamm Fonds voor Onderwijsresearch, 1987.
- Lin89 Ling JCS, Barefield P. Building bridges between doctors and patients, *World Health Forum* 1989; 10: 28-29.
- Lin90 Linnemans WAM. De begrippen energie en informatie binnen de homeopathie. *Ned Tijdschr Integr Geneesk* 1990; 44: 347-53.
- Lin93 Linnemans W. De ongekende anonimiteit van het molecuul; harde wetenschap kent lacunes die in de discussie over homeopathie niet lijken mee te wegen. *CARE* 1993; 17: 59-63.
- Lis90 van der List G. Karl Popper: de gelukkigste filosoof ter wereld. *Intermediair* 1990; 21: 15-21.
- Lit91 Littlewood R. From disease to illness and back again. *Lancet* 1991; 337: 1013-6.
- Liv90 Livingston M. Alternatives to medicine. *Can Med Assoc J* 1990; 142: 1192-3.
- Lon90 van Londen J. Samenwerking tussen alternatieve hulpverleners basis voor samenwerking met de reguliere zorg. *Med Contact* 1990; 48: 1438-9.

- Mah89 Mahoney MJ. Cognitive Therapy. Austr Psychol 1989; 24: 343-55.
- Mar91 Marx J. Testing of Autoimmune Therapy Begins. Science 1991; 252: 27-8.
- Meij93 Meijler, FL. Een klacht van een patiënt door onvolkomenheden in de communicatie. Ned Tijdschr Geneeskd 1993; 137(17): 841-3.
- Mel89 Melzack R. Folk medicine and the sensory modulation of pain. In: Melzack PD, red. Textbook of Pain. Edinburgh, London, Melbourne, New York: Churchill Livingstone, 1989.
- Mel91 de Melker RA. Homeopathie revisited. Practitioner 1991; 11: 683.
- Men83 Menges LJ, van Dijk PA, red. Reguliere en alternatieve geneeskunde: van conflict naar synthese?. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1983.
- Men90 Menges LJ. Reguliere artsen oordelen over alternatieve geneeswijzen terwijl ze absoluut geen kennis van zaken hebben. Med Contact 1990; 48: 1431-4.
- MorSO Morrell DC, Avery AJ, Watkins CJ. Management of minor illness, Br Med J 1980; 88: 769-71.
- Mot85 Motoyama H. Chakra's, ki en psi. Wetenschap en spirituele ontwikkeling. Deventer: Ankh-Hermes, 1985.
- Mur91 Murray RH, Rubel AJ. Physicians and Healers - unwitting partners in Health Care. N Engl J Med 1991; 326(1): 61-5.
- NEF90 Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie, (NEFARMA). Producenten homeopathie bieden vorm van registratie aan; reactie op dreigende uitsluiting van vergoeding. Zelfzorg 1990; 4: 14-6.
- NEH91 Nederlandse associatie van fabrikanten en importeurs van homeopatische en fytotherapeutische geneesmiddelen, (NEHOMA). Jaarbericht 1990. Zwolle: Zuidam & Zonen, 1991.
- NIVEL86 Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Bibliografie alternatieve geneeswijzen. Utrecht: NIVEL, 1986.
- Noa91 Noach EL. De twijfels van de buitenstaander. Lezing AAG-Symposium Homeopathie en Wetenschappelijk Onderzoek. Amersfoort: november 1991.

- NOV90 Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers (NOVAG). De NOVAG als beroepsorganisatie: strategisch beleidsplan voor de jaren negentig. Tilburg: NOVAG, 1990.
- NRV88 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Nota bouwstenen voor beroepscode en gedragsregels. Zoetermeer: NRV, 1988; (publikatie nr 1988/22).
- NRV92 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Beroep van Chiropractor en de Wet BIG. Zoetermeer: NRV, 1992; (publikatie nr 1992/1).
- NVBP90 Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn. Schulkes van der Pol JA, red. Pijn en pijnbehandeling bij de patiënt met kanker. Groningen: Academisch Ziekenhuis Groningen, 1990.
- Os101 Osler W. Medicine in the Nineteenth Century. Reprinted in Aequanimitas, London: 1939: 259.
- Ost91 Ostell A. Coping, problem solving and stress: A framework for intervention strategies. Br J Med Psychol 1991; 64: 11-24.
- Oud92 Oudkerk R. Bij tijd en wijle heeft ieder behoefte aan een knuffel. Trouw 1992; 18 november.
- Par60 Parzen E. Modern Probability Theory and its Applications. New York: Wiley J & Sons Inc, 1960.
- Pau85 Paul GL. Can Pregnancy be a Placebo Effect?: Terminology, Designs, and Conclusions in the Study of Psychosocial and Pharmacological Treatments of Behavioral Disorders. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo; Theory, Research, and Mechanisms. New York: Guilford press, 1985: 137-63.
- Pet87 Petersen P. Therapie als kunst; de essentie van genezing. Zeist: Uitgeverij Vrij Geestesleven, 1990.
- Pet91 Peter C, Watson N. Comment on the paper by Mitchell B Max et al. on 'Efficacy of desipramine in painful diabetic neuropathy: a placebo-controlled trial'. Pain 1991; 45: 1-2.
- Pie92 Pietroni PC. Alternative medicine: methinks the doctor protest too much and incidentally befuddles the debate. J Med Ethics 1992; 18: 23-5.
- Pis83 Pischinger A. Das System der Grundregulation. Heidelberg: Haug Verlag, 1983.

- Plo85 Piotkin WB. A psychological approach to placebo: the role of faith in therapy and treatment. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo: theory, research, and mechanisms. New York: Guilford Press, 1985: 237-54.
- Pos90 Post D. Huisarts en prescriptie van alternatieve middelen. Med Contact 1990; 48(45): 1435-7.
- Raz89 Razavi D, Delvaux N. Facteurs limitant et favorisant la communication et l'informations en oncologie. Ann Med Psychol 1989; 147(10): 1045-64.
- RCGP93 Anoniem. Patients' views of general practice. J Roy Coll Gen Pract 1983; (jan): 5-7.
- REG92 Raad voor de Europese Gemeenschappen. Richtlijn 92/73X EEG dd. 22-09-1992, tot uitbreiding van het toepassingsgebied van de Richtlijnen 65/65/EEG en 75/319/EEG betreffende de aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen inzake geneesmiddelen en tot vaststelling van aanvullende bepalingen voor homeopatische middelen. Publikatiebl Eur Gemeensch 1992; L 297/8-11.
- Ren89 Renckens CNM. Is de homeopathie werkelijk succesvol? Med Contact 1989; 44: 847-8.
- Ren92 Renckens CNM. Effectiviteitsonderzoek alternatieve behandelmethoden. Een pleidooi tegen. Med Contact 1992; 13(47): 395-7.
- RG087 Raad voor Gezondheidsonderzoek. De kwaliteit van de gezondheidszorg. Deventer: Van Loghum-Slaterus, 1987.
- RG091 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Stimulering van het Pijnonderzoek. Den Haag: RGO, 1991.
- Rid91 de Ridder D. Klinische rationaliteit: diagnostische redeneringen en therapiekeuzes in het Amsterdamse Instituut voor Medische Psychotherapie 1968-1977 (Proefschrift). Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.
- Rid91a de Ridder D. Greep op kwaliteit: methodologische aspecten van het verhelderen van criteria voor de kwaliteit van zorg. Utrecht: NCGV, 1991; 15.
- Rit89 Rittersma J. Patiënt Information and patiënt preparation in orthognathic surgery. J Cranio Max Fac Surg 1989; 17: 278-9.
- Rob87 Roberts JG, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patiënt satisfaction with medical care. Health Serv Res 1987; 22(5): 637-54

- Ros89 Rost K, Carter W, Inui T. Introduction of Information during the initial medical visit: Consequences for patiënt follow-through with physician recommendations for medication. Soc Sci Med 1989; 28(4): 315-21.
- Rou89 O'Rourke K, Detsky AS. Meta-analysis in medical research: strong encouragement for higher quality in individual research efforts. J Clin Epidemiology 1989; 42(10): 1021-4.
- San91 Sanson-Fisher RW, Redman S, Walsh R, e.a. Training medical practitioners in information transfer skills: the new challenge. Med Educ 1991; 25: 322-33.
- Sav91 de Savorin Lohman AF. De positie van alternatieve geneesmiddelen juridisch beschouwd. Thematische bijlage. NVF Fytother Nieuwsbr 1991; 13; 8-21.
- Sch85 Schamhart DHJ, Linnemans WAM, van Wijk R. Natuurwetenschap en Natuurgeneeswijzen; Van orde naar chaos? Ned Tijdschr Integr Geneesk 1985; (6/7): 250-7.
- Sch92 Schilder JN. Spontane regressie van kanker; een beschrijving van 7 casus. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136(51): 2521-5.
- Sim90 Simons HJ. Patiënten weten steeds meer en vooral ook beter wat ze willen. Med Contact 1990; 45: 875-77.
- Sim93 Simons HJ. Twijfel zaaien over de medische macht. Fillos Mag 1993; 3: 16-24.
- Sim93a Simons HJ. Toespraak bij het in ontvangst nemen van het eerste exemplaar van het boek: 'Reuma en alternatieve behandelingsmethoden' door prof dr JJ Rasker, 22 maart 1993, perscentrum Nieuwspoor, Den Haag.
- Ske89 Stichting SKEPSIS, Nienhuys JW, red. Alternatieve geneeskunde geen kunst? Lezingen gehouden tijdens het tweede jaarcongres van de stichting SKEPSIS op 11 november 1989 te Amersfoort. Utrecht: SKEPSIS, 1989; (Skeptische notities nr 4).
- Skr86 Skrabanek P. Demarcation of the absurd. Lancet 1986; i; 960-1.
- Skr87 Skrabanek P. Honesty with placebos. Lancet 1987; i: 265-6.
- Sma91 van der Smagt CP. Modern bijgeloof; alle voorlichting uit de alternatieve hoek is apekool. Med Contact 1991; 25: 779-82.
- Son88 Song HH. Het oosten ontmoet het westen. Naar een integratie van de traditionele Chinese en de westerse geneeskunde. Med Contact 1988; 43(23): 719-21.

- Spa89 Spanos NP, Perlini AH, Robertson LA. Hypnosis, suggestion, and placebo in the reduction of experimental pain. *J Abnorm Psychol* 1989; 98: 285-93.
- Spa90 Spanos NP, Williams V, Gwynn MI. Effects of hypnotic, placebo, and salicylic acid treatments on wart regression. *Psychosom Med* 1990; 52: 109-14.
- Spa92 Spaik K. Het strafbare lichaam; de orenmaffia, kwakdenken en het placebo-effect. Amsterdam: De Balie, 1992.
- Spe88 Sperna-Weiland J. Op twee sporen. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1988.
- Spi91 Spilker B. Quality of Life Assessments in Clinical Trials. New York: Raven Press, 1991.
- Spr88 Spreeuwenberg C. Alternatief alternatief laten. *Med Contact* 1988; 43(23): 707.
- Spr90 Spreeuwenberg C. Zijn regulier en alternatief commensurabel? *Med Contact* 1990; 45: 631.
- Sta85 Stalker D, Glymour C, red. Examining holistic medicine. Buffalo: Prometheus Books, 1985.
- Ste86 Steven ID, Douglas RM. A self-contained method of evaluating patient dissatisfaction in general practice. *Fam Pract* 1986; 3(1): 14-9.
- Ste88 Steven ID, Douglas RM. Dissatisfaction in general practice: what do patients really want? *Med J Austr* 1988; 148: 280-2.
- Ste89 Steptoe A, Appels A, red. Stress, personal control and health. Chichester: John Wiley & Sons, 1989.
- Ste90 Stephens GG. Fin de Sicle: four modest wishes for family practice. *J Am Board Fam Pract* 1990; 3: 65-7.
- Ste91 van Steenberg B. Potential influences of the holistic paradigm on the social sciences. *Buil STG* 1991; 27: 105-14.
- Ste92 van der Stel A. Ziek zijn en de moderne mens. *Jonas* 1992; (8/9): 12-4.
- Sul88 Sullivan P. MD's who don't communicate will lose patients, consultants warns. *Can Med Assoc J* 1988; 139: 894.
- Tho88 Thomas L. The future of medicine. In: Austyn-JM, red, *New Prospects for Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1988: 114-26.

- Tho90 Thompson WG. Alternatives to medicine. *Can Med Assoc J* 1990; 142(2): 105-6.
- Tij88 Tijssen JGP, Lubsen J, Roelandt JRTC. Grondslagen van interventie-onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132(44): 2006-10.
- TK90 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kamervragen over alternatieve geneeswijzen en antwoorden van de Regering. *Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990; Aanhangsel van de Handelingen: 1693-4*. Den Haag: Sdu, 1990.
- TK91 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Gezondheid met Beleid. *Nota Gezondheidsbeleid 1992. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992; nr 22459-2*. Den Haag: Sdu, 1991.
- TK91a Tweede Kamer der Staten-Generaal. Chronisch-Ziekenbeleid. *Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991; nr 22025-1*. Den Haag: Sdu, 1991.
- TK91b Tweede Kamer der Staten-Generaal. Chronisch-Ziekenbeleid. Pijnbestrijding. *Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991; UCV 48*. Den Haag: Sdu, 1991.
- TK91c Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kwaliteit van zorg. Brief van de Minister en Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992; nr 22113-4*. Den Haag: Sdu, 1991.
- TK91d Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de Minister van O&W en Staatssecretaris van WVC betreffende topklinische zorg en ontwikkelingsgeneeskunde, 25-9-1991. *Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992; nr 22300XVI-4*. Den Haag: Sdu, 1991.
- TK92 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Rijksbegroting 1992. Alternatieve geneeswijzen. *Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992; nr 22300XVI-2*. Den Haag: Sdu, 1992: 153-4.
- TK92a Tweede Kamer der Staten-Generaal. Onderzoekbeleid Volksgezondheid. *Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993; nr 20423-8*. Den Haag: Sdu, 1992.
- Van88 Vandenbroucke JP. De plaats van het klinische experiment in de geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132(44): 2014-6.
- Van89 Vandenbroucke JP. Those who were wrong. *Am J Epidemiol* 1989; 130(1): 3-5.
- Van90 Vandenbroucke JP, Rosendaal FR. Moeten bijna afgestu-

- deerde artsen de gehele vakliteratuur kunnen interpreteren? Ned Tijdschr Geneeskd 1990; 134: 843-4.
- Vee89 van Veen WA. Acupunctuur: de twijfel aan het voordeel. Huisarts Wet 1989; 32(6): 202.
- Veg91 van Vegchel G. Medici contra kwakzalvers. Amsterdam: Het Spinhuis, 1991.
- Ven90 Venema FJ. Het lastige Vasolastine. Pharm Weekbl 1990; 125(23): 581.
- Ver78 Verbrugh HS. Paradigma's en begripsontwikkeling in de ziekteleer. (Proefschrift Rotterdam). Haarlem: De Toorts, 1978.
- Ver82 Verbrugh HS. De weg van de meeste weerstand: een routebeschrijving door de antroposofie. Rotterdam: Christoffor, 1982.
- Ver85 Verbrugh HS. Op de huid van de tijd: over het raakvlak tussen filosofie en geneeskunde. Haarlem: De Toorts, 1985.
- Vis89 Visser J. Alternatieve Medicine in the Netherlands: a Note on Current Research. Holistic Med 1989; 4: 29-32.
- Vis90 Visser GJ, Peters L, Rasker JJ. Reuma en alternatieve geneeswijzen. Een onderzoek onder reumatologen en hun patiënten. Med Contact 1990; 45: 643-5.
- Vis92 Vissel N. De angst voor een operatie. Een goede mentale en fysieke voorbereiding bespoedigt de genezing. CARE 1992; 14: 43-7.
- Vis92 Visser J. Experimentele samenwerking huisartsen en alternatieve therapeuten. CARE 1992; 11: 10-3.
- VNVA87 Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen. Integrale geneeskunde (Themanummer). VNVA Krant 1991; 19(5).
- VNZ91 Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Alternatieve geneeswijzen. Zeist: VNZ, 1991.
- Vra89 Vrancken AME. Chronische pijn, het kruis van de geneeskunde. (Proefschrift Rotterdam). Alblasserdam: Offsetdrukkerij Haveka BV, 1989.
- Vri86 de Vries MJ. Crisis en transformatie: lessen van wonderbaarlijke patiënten. Med Contact 1986; 41(24): 751-6.
- Vro83 Vroon PA. Alternatieve geneeswijzen (II). De wetenschap en 'de feiten'. Medisch Contact 1983; 4: 96.

- Vro87 Vroon PA. Verdeeldheid in de gezondheidszorg: een aanzet tot een theorie. *Metamedica* 1987; 66: 118-24.
- WarS1 Wartman SA, Morlock LL, Malitz FE, e.a. Do prescriptions adversely affect doctor-patiënt interactions? *Am J Publ Health* 1981; 71(12): 1358-61.
- War83 Wartman SA, Morlock LL, Malitz FE, e. a. Impact of divergent evaluations by physicians and patients of patients' complaints. *Publ Health Rep* 1983; 89(2): 141-5.
- Wat90 Watson CPN. Comment on the paper by Mitchell B Max, et al on 'Efficacy of desipramine in painful diabetic neuropathy: a placebo-controlled trial'. *Pain* 1991; 45: 1-2.
- Wei87 Weiner H. Some unexplored regions of psychosomatic medicine. *Psychother Psychosom* 1987; 47: 153-9.
- Wer88 Werbach MR. Geneeskunde op nieuw spoor: integratie van reguliere en alternatieve geneeswijzen. Rotterdam: Lemniscaat, 1988.
- WHO91a World Health Organization. A proposed Standard international acupuncture nomenclature. Geneva: WHO, 1991: 1-29.
- Wie90 Wiegant FAC, van Wijk R, Kramers CW. Het effect van alternatieve geneeswijzen. Knelpunt bij onderzoek: de selectie van patiënten. *Med Contact* 1990; 45: 640-2.
- Wij86 van Wijk R. Suggestie en genezen; een wetenschappelijke benadering van de suggestieve beleving van het genezingsproces. *Tijdschr Ziekenverpleging* 1986; 40: 750-5.
- Wil85 Williams DD, Davis AJ. Change and persistence a paradox in promoting health behaviors. *J Community Health Nurs* 1984: 21-6.
- Wil89 Williams v. Patients' satisfaction with general practitioner services: a survey. by a community health council. *J R Coll Gen Pract* 1989; (Nov): 542-5.
- Win92 Winter FAM. Revalidatie voor chronische pijnpatiënten; de pijn de baas (Proefschrift). Enschede: Universiteit Twente, 1992.
- Wit89 Witsenburg BC. Antroposofische geneeskunde en preventie. *Med Contact* 1989; 44(25): 853-5.
- Wit91 Witsenburg BC. Antroposofische geneeskunde. 1: Ziekte en gezondheid. *Med Contact* 1991; 46(12): 379-81.
- Wit91a Witsenburg BC. Anthroposofische geneeskunde. 2: Thera-

peutisch handelen en slot: de vraag naar het bewijs.
Med Contact 1991; 46(12): 379-81, 410-1, 444-5.

WVC90 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
Brief Staatssecretaris aan Voorzitter Gezondheidsraad
betreffende Beleidsplan Ontwikkelingsgeneeskunde. Ken-
merk DVGZ/STABO/JM/U-01275 dd 27-7-1990, met bijlage
Concept-Beleidsplan Ontwikkelingsgeneeskunde.

BIJLAGEN

BIJ HET ADVIES ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN
EN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

INHOUDSOPGAVE BIJLAGEN

	WOORD VOORAF	273
I	ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN IN NEDERLAND Rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (Commissie Muntendam, CAG81) - Begripsomschrijving - Aanbevelingen	279 289
II	NOTITIE betreffende de uitgangspunten voor onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen, opgesteld in gezamenlijk overleg tussen de Gezondheidsraadcommissie en een delegatie uit de AAG. Voorjaar 1985	297
III	ADVIESAANVRAGEN aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid: - n.a.v. rapport Commissie Alternatieve Geneeswijzen (april 1983) - betreffende substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen (juli 1984)	315 317
IV	STICHTING CENTRUM VOOR GEÏNTEGREERDE GENEESKUNDE TE WINTERSWIJK (CGG) - Brief van de Vice-Voorzitter van de Gezondheidsraad aan de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid dd 24 juni 1988 - Stichting CGG: Brochure 'Samenwerkingsproject van reguliere en alternatieve artsen'; Winterswijk. Najaar 1990	323 325
V	POLITIEK EN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE JAREN TACHTIG - Chronologisch overzicht openbare stukken en redevoeringen waarin alternatieve behandelwijzen aan de orde zijn gesteld (1980-1990) - Enkele citaten	337 343

VI	CONTACTEN MET HUISARTSEN, SPECIALISTEN, ALTERNATIEVE GENEZERS EN HUISARTSEN DIE ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN TOEPASSEN. CBS, juni 1992	367
VII	EISEN TE STELLEN AAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK - door de onderzoeker - door de beoordelaar van een projectaanvraag (Kwaliteitsbeoordeling: procedures en criteria. Appendix bij het advies Kwaliteitsbewaking in het Gezondheidsonderzoek, uitgebracht door de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO 1990, nr 5))	377 381
VIII	VOORBEELD VAN EEN VISIE OP CAUSALITEIT	393
IX	VERSCHILLEN IN MENS- EN WERELDBEELD: ACTUELE VOORBEELDEN	397
X	BRIEF VAN DE VICE-VOORZITTER VAN DE GEZONDHEIDSRAAD AAN DE DIRECTEUR-GENERAAL VAN DE VOLKSGEZONDHEID BETREFFENDE EEN COÖRDINATIEPUNT ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN, 24 juni 1988	403
XI	RAPPORTAGE WERKGROEP ACUPUNCTUUR	413
XI ^A	ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN (TRADITIONELE) ACUPUNCTUUR: OVERWEGINGEN EN DENKMODELLEN JH Engelbart, anesthesioloog, Amsterdam GV Kloppenburg, anesthesioloog, Rijswijk	509
XII	RAPPORTAGE WERKGROEP ANTHROPOSOFIE	557
XIII	RAPPORTAGE WERKGROEP HOMOEOPATHIE	633
XIV	RAPPORTAGE WERKGROEP MANUELE THERAPIE	673
XV	RAPPORTAGE WERKGROEP NATUURGENEESWIJZEN	715
XVI	RAPPORTAGE WERKGROEP PARANORMALE BEHANDELWIJZEN	753

WOORD VOORAF

Naast de bijlagen bij de tekst van dit advies zijn als bijlage opgenomen de rapportages die de verschillende werkgroepen aan de commissie hebben uitgebracht.

In deze bijlagen wordt behalve op de wijze waarop de (eventuele) effectiviteit van de desbetreffende behandelwijze zou kunnen worden onderzocht, kort ingegaan op de kenmerken van de respectievelijke richtingen, daar dit voor goed begrip van de geadviseerde onderzoeksmethodologie noodzakelijk werd geacht.

Alle rapportages worden voorafgegaan door conclusies met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de desbetreffende alternatieve behandelwijze en een globaal overzicht van de aan deze behandelwijze ten grondslag liggende 'te toetsen hypothesen'.

Aan de bijlagen bij de verschillende werkgroepproportages zijn beknopte overzichten toegevoegd van de onderzoeksvoorstellen betreffende de verschillende behandelwijzen die, conform het in de adviesaanvraag geformuleerde verzoek, ten behoeve van de besluitvorming ten departemente door de commissie zijn beoordeeld en, in bepaalde gevallen, bijgesteld.

BIJLAGE I

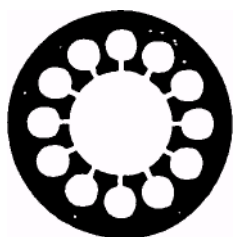
ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN IN NEDERLAND

Rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen

(Commissie Muntendam, CAG81)

- Begripsomschrijving
- Aanbevelingen

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN IN NEDERLAND



RAPPORT VAN DE COMMISSIE
ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN
1981

2.3 Begripsomschrijving

Het begrip "alternatieve geneeswijzen" kan men trachten te benaderen vanuit een systematisch-theoretisch gezichtspunt, daarbij de vraag opwerpend, wat men onder "alternatief" en "geneeswijze" dient te verstaan.

2.3.1 Wat is "alternatief"?

Het adjectief "alternatief" verwijst gelijktijdig naar twee categorieën: datgene, wat zelf alternatief is en datgene, ten opzichte waarvan dit alternatieve "anders" is. Dit laatste zal met de term "regulier" worden aangeduid.

De term "regulier" is gekozen, omdat hij de meest neutrale omschrijving is voor die geneeswijzen, die in de huidige maatschappelijke situatie in Nederland worden beschouwd als "normaal", "gangbaar", "niet-alternatief" en ook wel als "officieel" worden betiteld.

Overigens beseft de Commissie, dat aan de keuze van deze termen bezwaren kleven. Het woord "alternatief" heeft een klank, waardoor dit adjectief door sommige beoefenaren van geneeswijzen, waarvoor men het gebruikt, als pejoratief wordt ervaren: de bestempeling tot "alternatieve geneeswijze" wordt een soort stigmatisering, waarvan men zich moeilijk meer kan ontdoen. De Commissie heeft deze termen slechts gebruikt uitgaande van de formulering van haar opdracht, zonder bij voorbaat hiermee een waardeoordeel te hebben willen uitspreken.

Een ander gevaar van het gebruik van het begrippenpaar "alternatief-regulier" schuilt in het polaire karakter van de tegenstelling, die erdoor geschapen wordt, waardoor de indruk wordt gewekt, dat alles, wat onder de term "alternatief" of onder de term "regulier" wordt geplaatst, een homogeen geheel vormt. Het mag echter als bekend worden verondersteld, dat er tussen de alternatieve geneeswijzen onderling en binnen het geheel van de reguliere geneeskunde de nodige verschillen bestaan.

Het gevaar, dat een dergelijke indeling en kwalificering "bevroezend" gaan werken, in die zin, dat wat eenmaal als "alternatief" is aange-merkt, moeilijker "normaal", "regulier" zal kunnen worden, is reeds hierboven gesignaleerd. Bij de gemaakte indeling moet dan ook steeds worden beseft, dat het hier gaat om een momentopname.

Om het relatieve karakter van de gemaakte indeling in regulier en alternatief in het algemeen beter te kunnen begrijpen, is het nodig, de maatschappelijke en historische context van alternatieve geneeswijzen

in de beschouwing te betrekken.

Ter illustratie kunnen de traditionele geneeswijzen in India en China worden genoemd: de Ayurveda en de traditionele Chinese geneeskunst, waaronder de acupunctuur. Terwijl deze geneeswijzen in Nederland als "alternatief" worden beschouwd, genieten zij in de landen, waar zij tot ontwikkeling kwamen, volledige maatschappelijke erkenning. Ook wetenschappelijk gesproken bezitten zij het nodige aanzien, hetgeen moge blijken uit het feit, dat er vele opleidingscentra voor deze geneeswijzen bestaan; in India is het aantal opleidingscentra voor Ayurveda zelfs even groot als dat voor de z.g. "Westerse" geneeskunde (WHO Chronicle 31, (1977), pp. 427-^1).

In verschillende landen kan men dus sterk uiteenlopende vormen van gezondheidsbevorderend, ziekteverend en ziektebestrijdend gedrag aantreffen, die verbonden zijn met een bepaalde cultuur en daaraan hun dominerende karakter ontleen.

Om deze redenen heeft de Commissie dan ook gemeend, aandacht te moeten schenken aan de historische ontwikkeling en de filosofische achtergrond van de thans in Nederland als "regulier" aangeduide geneeskunde in de voorafgaande paragrafen 2.1 en 2.2.

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn geworden, dat het bij een beschouwing van alternatieve geneeswijzen noodzakelijk is te proberen een onderscheid te maken naar de mate, waarin en de wijze waarop een geneeswijze "alternatief" is.

2.3.2 De onderscheiden betekenissen van "alternatief"

Het predikaat "alternatief" kan in het geval van alternatieve geneeswijzen voor verschillende dingen staan, naar gelang de maatschappelijke en/of wetenschappelijke context. "Alternatief" kan betrekking hebben op één of een combinatie van de volgende eigenschappen van een "geneeswijze" en haar beoefenaren:

- a) het maatschappelijk niet erkend zijn van bepaalde behandelingswijzen;
- b) het maatschappelijk niet erkend zijn van bepaalde personen, die deze behandelingswijzen beoefenen;
- c) het wetenschappelijk niet erkend zijn, d.w.z. dat bepaalde theorieën en als feiten aangedragen beweringen door het Forum der wetenschap niet worden aanvaard.

Het spreekt van zelf, dat het van belang is, voor iedere "alternatieve geneeswijze" te bepalen, in hoeverre zij "alternatief" is ten aanzien van de hierboven genoemde eigenschappen en daarnaast te bezien, in hoeverre van een "geneeswijze" sprake is (zie 2.3.5).

2.3.3 "Alternatief" in maatschappelijke zin

Het alternatieve karakter van een "geneeswijze" komt in de eerste plaats maatschappelijk tot uitdrukking in het feit, dat een behandeling met die geneeswijze niet of niet altijd wordt vergoed door ziektekostenverzekeringen en in het feit, dat de opleiding voor een dergelijke geneeswijze niet uit de algemene middelen wordt bekostigd. Voorts dient men te denken aan andere BTW-tarieven voor geneesmiddelen, geen aftrek voor de belasting, e.d.

Het niet-vergoeden van een behandeling kan berusten op de volgende criteria:

- 1) de behandeling, uitgevoerd door een daartoe bij de wet bevoegde, behoort niet tot de "in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijke";
- 2) de behandeling is uitgevoerd door een niet krachtens de wet bevoegde.

ad 1):

Het door de ziektekostenverzekering gehanteerde criterium voor "alternatief", nl. "niet gebruikelijk in de kring van de beroepsgenoten", is nogal rekbaar en is alleen dan van toepassing, wanneer de patiënt voor een bepaalde soort (alternatieve) hulp niet bij zijn huisarts terecht kon en op eigen initiatief daarvoor naar een andere hulpverlener is gestapt. In ieder geval wordt hier niet, zoals in sommige Westerse landen, van de behandelingswijze of het geneesmiddel verlangd, dat deze "wetenschappelijk algemeen erkend" zijn of van de arts geëist, dat deze de patiënt behandelt overeenkomstig wetenschappelijke inzichten en algemeen erkende methoden (zie de Bijlage B)U

Zo worden homoeopathische geneesmiddelen, door de huisarts voorgeschreven, wel vergoed en kan acupunctuur in het abonnementstarief van de huisarts worden verrekend. Wordt de acupunctuur of de homoeopathie of welke andere alternatieve geneeswijze dan ook door een ander dan de huisarts toegepast, dan blijkt alras het alternatieve karakter van deze geneeswijzen. Van groot belang voor de mate van alternativiteit van een geneeswijze is dus de status van de beoefenaren ervan.

ad 2):

Theoretisch kan het "alternatief" zijn van een geneeswijze los worden gezien van de beoefenaren ervan, doch de praktijk leert, dat alternatieve geneeswijzen veelal worden toegepast door personen, die daartoe krachtens de wet niet bevoegd zijn. Dat dergelijke geneeswijzen thans voor een groot deel door onbevoegden worden beoefend, is een gevolg van de historische ontwikkeling, die de geneeskunde heeft doorgemaakt, tijdens welk proces bepaalde geneeswijzen om verschillende redenen zijn uitgestoten uit het normale "pakket" van de reguliere geneeskunde, het-

- 1) In de BRO heeft deze eis van het "wetenschappelijk algemeen erkend" zijn van een geneesmiddel aanleiding gegeven tot felle polemieken bij de bespreking van een ontwerp voor een nieuwe geneesmiddelenwet (zie Kienle, 1976).

zij omdat zij als "onwetenschappelijk" werden beschouwd, hetzij "inade-
 quaat", hetzij een combinatie van beide en nog andere factoren.

Het gesignaleerde verband tussen de onbevoegde uitoefening van de genees-
 kunst en alternatieve geneeswijzen is er ongetwijfeld op zijn beurt weer
 deels oorzaak van, dat er bij een deel van de beoefenaren van de reguliere
 geneeskunde een weerstand tegen deze geneeswijzen valt te bespeuren. Deze
 worden automatisch gekoppeld aan kwakzalverij en als zodanig als een
 bedreiging gezien van de volksgezondheid. Terwijl de vrijheid van
 handelen voor de alternatieve genezers toeneemt, constateert de arts aan
 de andere kant, dat zijn activiteiten steeds strenger gereguleerd worden
 en het eertijds absolute monopolie op de uitoefening van de geneeskunst
 wordt gewijzigd in een gedeeltelijk monopolie in de in voorbereiding
 zijnde wet BIG.

Sommigen ervaren de alternatieve geneeswijzen dan ook als een bedrei-
 ging voor de positie van de arts.

Aldus k-an mede verklaard worden, dat de houding van de medische wereld er
 altijd één is geweest van strikte afwijzing, terwijl ook thans nog vele
 vertegenwoordigers van de reguliere geneeskunde in deze houding
 volharden. Pas in het laatste decennium is bij de officiële vertegen-
 woordigers van de reguliere geneeskunde een verandering in die houding te
 bespeuren, waarbij men serieuze belangstelling toont voor de problematiek
 m.b.t. alternatieve geneeswijzen, getuige het congres van de Koninklijke
 Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, in 1975, over
 "De geneeskunde en haar Randgebieden".

2.3.4 "Alternatief" in wetenschappelijk opzicht

In wetenschappelijk opzicht komt het "alternatief" zijn tot uitdrukking in
 het feit, dat:

- 1) alternatieve geneeswijzen niet zijn opgenomen in het normale medische
 curriculum, omdat
- 2) deze geneeswijzen door de reguliere geneeskunde worden beschouwd als
 "niet wetenschappelijk verantwoord", "niet wetenschappelijk bewezen",
 hetzij m.b.t. de theoretische achtergrond, hetzij t.a.v. de effecten,
 hetzij t.a.v. beide.

Als een globale karakterisering van wat onder "reguliere" activiteiten
 wordt verstaan, kan men verwijzen naar het geheel van medisch-diagnos-
 tische, therapeutische en -preventieve activiteiten op het gebied, dat
 heden ten dage wordt bestreken door de universitair-wetenschappelijke
 studie, door de huisartsen- en specialistenopleidingen en de opleidin-
 gen tot erkende paramedische beroepen.

De reguliere activiteiten omvatten zowel het wetenschappelijk onderzoek
 in de basisvakken (anatomie, fysiologie, embryologie, microbiologie,
 immunologie, (bio)chemie, e.a.), als het concrete "handwerk" van de
 praktizerende arts in de klinische situatie, in relatie tot c.q. met de
 zieke mens.

Soms impliciet, maar vaak expliciet gaan de vertegenwoordigers van de
 reguliere geneeskunde ervan uit, dat hun activiteiten wetenschappelijk
 verantwoord zijn of althans ergens een wetenschappelijke basis hebben.
 Ongetwijfeld zal dit bij de activiteiten van de wetenschappers in de
 basisvakken in hoge mate het geval zijn. Waar het echter gaat om de
 beoefening van de geneeskunst, in de klinische situatie, komt het niet

alleen aan op de verstandelijke kennis van de arts, maar ook op meer "irrationele" factoren in de relatie tot/met de patiënt, zoals het intuïtief aanvoelen, tact, levenswijsheid en ervaring. Dit aspect is per definitie niet wetenschappelijk gefundeerd. Toch kan het van groot belang zijn voor het uiteindelijk resultaat van genezingsactiviteiten. Hoe groot in een gegeven situatie de rol van het wetenschappelijk aspect zal zijn en welke rol de "kunst" zal spelen, hangt af van een aantal factoren, waarvan kunnen worden genoemd de aard van de ziekte en het samenspel tussen arts en patiënt.

Door sommigen worden kritische kanttekeningen geplaatst ook bij de vraag, in hoeverre de in de reguliere geneeskunde gebruikelijke methoden, therapieën en geneesmiddelen ook werkelijk "wetenschappelijk verantwoord" zijn (Kienle, 1976).

De vraag doet zich nu voor, waarom alternatieve geneeswijzen door de "Scientific Community" (zie hoofdstuk 8) als niet-wetenschappelijk worden beschouwd. Komt dat voort uit negatieve resultaten van (effect)onderzoek? Het blijkt, dat er over het geheel genomen slechts in beperkte mate onderzoek is verricht naar alternatieve geneeswijzen. Enkele van de belangrijkste redenen, waarom er niet meer onderzoek is verricht, zijn:

- a) de theoretisch/filosofische achtergrond van een bepaalde therapie of geneeswijze is strijdig met de gangbare wetenschappelijke opvattingen;
- b) de specifieke werkzaamheid van een bepaalde therapie of geneeswijze wordt op grond van theoretische overwegingen ontkend;
- c) de theorieën zijn geformuleerd in termen, die niet toegankelijk zijn voor experimentele toetsing volgens de in de basisvakken van de reguliere geneeskunde gebruikelijke methoden;
- d) binnen de Scientific Community zijn bepaalde mechanismen werkzaam, die ervoor zorgen, dat bepaalde onderzoeksobjecten worden afgewezen, ook en vooral op maatschappelijk-politieke gronden.

ad a):

Als voorbeeld van eerstgenoemde strijdigheid kan men noemen de aanname in de Hoerman-therapie, dat kankercellen door een bepaald dieet te volgen, met een aantal voedingsstoffen daarbij, zouden kunnen worden afgeremd.

ad b):

Het gebruik van hoge potenties in de homeopathie is in strijd met de theoretische grondslagen van de reguliere geneeskunde. Een specifieke werkzaamheid van deze potenties wordt ontkend, omdat zij óf het agens niet meer in zich hebben, óf het in een dusdanig verdunde vorm bevatten, dat hiervan geen effecten zijn te verwachten. De homeopaat gaat echter uit van de empirie en stelt, dat het preparaat door het potentiëren wel eens bijzondere eigenschappen kan hebben gekregen.

Soms betreft het slechts een afwijkende opvatting t.a.v. een therapie, dan weer t.a.v. het ontstaan van ziekten, zoals in de chiropractie, waar een verstoring van de toestand van de wervelkolom en het daarmee verbonden zenuwstelsel van doorslaggevend belang bij het ontstaan van ziekten wordt geacht.

ad c):

Als voorbeeld van een ontoegankelijke formulering kan worden verwezen naar de acupunctuur, wier theoretisch fundament is gegoten in een taal,

die niet toegankelijk is voor experimentele toetsing volgens de in de reguliere geneeskunde gebruikelijke methoden. De aanname van een soort levenskracht ("Tsji") en meridianen, waarin deze "Tsji" stroomt, staat ver verwijderd van de in de reguliere geneeskunde gebruikelijke terminologie.

Terwijl de acupunctuur spreekt over een verstoring van het evenwicht tussen Yin en Yang, zal de Westerse onderzoeker denken in termen van een laesie in een bepaald orgaan. Het denken vindt op een ander niveau en op verschillende wijze plaats.

Waar bij de paranormale geneeswijze het effect wordt verklaard in termen van "energie-overdracht", "dierlijk magnetisme", zal de wetenschappelijke onderzoeker tevergeefs zoeken naar instrumenten, waarmee die "energie-overdracht" kan worden gemeten.

Als verder wordt gesteld, dat een geneeswijze sterk is afgestemd op de individuele patiënt, zal dit de toetsingsmogelijkheden eveneens beperken. In de homeopathie b.v. varieert de geneesmiddelkeuze met het constitutietype, de leeftijd en de gegevens uit de levensgeschiedenis. Ieder ziektegeval wordt als eenmalig beschouwd, zodat het uitgesloten is de werkzaamheid te bewijzen met de in de reguliere geneeskunde gangbare methoden.

ad d):

Binnen de "Scientific Communities" zijn belangengroepen werkzaam, welke invloed trachten uit te oefenen op de toewijzing van middelen voor onderzoek. Oe redenen voor het zich bezig houden met een bepaald wetenschappelijk probleem zijn behalve in wetenschappelijke overwegingen als zodanig, tevens gelegen in maatschappelijke druk, persoonlijke interesses, beschikbare financiën, "status" binnen de Scientific Community, e.d.

Onderzoek naar alternatieve geneeswijzen zal niet gemakkelijk van de grond komen zonder enig maatschappelijk kader en maatschappelijke druk. Wanneer deze laatste worden afgewezen, op grond van het feit, dat de alternatieve geneeswijzen wetenschappelijk niet voldoende zijn onderbouwd, dan komt men in een gesloten circuit terecht. Voor een uitvoeriger bespreking van deze problemen zij verwezen naar het hoofdstuk over wetenschappelijke aspecten in dit rapport (hoofdstuk 8).

Vaak ook gaan wetenschappers impliciet uit van de veronderstelling, dat relatief oude geneeswijzen, voortgekomen uit de empirie, minder adequaat zouden zijn dan de op moderne wetenschappelijke inzichten berustende behandeling van ziekten.

Zo er enig effect van een bepaalde alternatieve geneeswijze wordt toegegeven, wordt het specifieke karakter daarvan meestal in twijfel getrokken door medische onderzoekers en verklaard in termen van "suggestie", "placebo-effect", "magie" \ "mystiek", e.d. De kunst in de geneeskunst wordt daarbij een belangrijke rol toegedacht.

Uiteraard speelt in dit kader ook de vraag, in hoeverre uitingen van subjectief welbevinden tot de effecten van een geneeswijze moeten worden gerekend, wat in feite als effect dient te worden aangemerkt.

Het is duidelijk, dat men met de in de reguliere geneeskunde gangbare paradigma's en het daarop aansluitend causaal-analytisch denkpatroon, dat vanuit de basisvakken doorwerkt, niet tot een verdergaande opheldering van de verschijnselen kan geraken (voor het begrip "paradigma"

zij verwezen naar Verbrugh, 1978).

Aldus de betekenis van het woord "alternatief" in maatschappelijke en wetenschappelijke zin geschetst hebbend, zal de Commissie in het hiernavolgende de betekenis van het woord "geneeswijze" belichten.

2.3.5 Wat zijn "geneeswijzen"?

Beziet men de verschillende, in de enumeratieve definitie (2.3.7) genoemde vormen van "alternatieve geneeswijzen", dan rijst de vraag, welke betekenis aan het woord "geneeswijzen" in dit kader moet worden toegekend.

Soms hoort men de termen "alternatieve geneeskunde" bezigen. Het gebruik van de term "geneeskunde" impliceert het bestaan van een "alternatieve" medische wetenschap, hetgeen onjuist is. De termen "geneeskunde", "medische wetenschap" definiëren gebieden van competentie, studie en onderzoek, waarbinnen alles valt, dat terzake waardevol is of kan blijken. Binnen de wetenschap kunnen uiteraard wel verschillende opvattingen bestaan, maar van alternatieve wetenschapsopvattingen buiten de ene medische wetenschap kan geen sprake zijn. Om deze reden is ook in de opdracht van de Commissie uitdrukkelijk de term "geneeswijzen" gebezigd en niet "geneeskunde".

Het woord "geneeswijzen" maskeert in dit geval (maar niet alleen t.a.v. de alternatieve geneeswijzen.) een veelheid van doelstellingen van hulpverlening op het gebied van de gezondheidszorg.

Sommige als "alternatieve geneeswijze" bekend staande vormen pretenderen niet meer te zijn dan een bepaalde therapie. Als voorbeelden kan men hier noemen de celtherapie, de enzymtherapie en de Moerman-therapie.

Deze therapieën zijn in zoverre alternatief, dat zij t.a.v. een bepaalde behandelingswijze van andere opvattingen uitgaan dan de reguliere geneeskunde. Deze andere opvattingen betreffen theoretische inzichten met betrekking tot de ziektebestrijding gekoppeld aan meningsverschillen over de effectiviteit van de therapie.

Deze "geneeswijzen", therapieën dus, gaan niet uit van een fundamenteel andere benadering van ziekte en gezondheid dan in de reguliere gezondheidszorg gebruikelijk. Behalve op het gebied van hun therapie, hebben de beoefenaren van deze therapieën geen fundamenteel verschillende opvattingen over het ontstaan van ziekten, de diagnostiek en de therapie in vergelijking met de reguliere medici. Om een vergelijking te maken met een situatie op kerkelijk gebied: men is het wat een bepaald geloofsartikel betreft oneens met de moederkerk, maar men zal de voorname dogma's niet bestrijden.

Homoeopathische artsen zien de homoeopathie ook vaak als een aanvullende therapie, anderen beschouwen de homoeopathie echter wél als een echte alternatieve geneeswijze.

Bij "geneeswijzen" dient toch meer gedacht te worden aan een bepaald systeem van diagnostiek en therapie, uitgaande van een bepaalde theoretisch/filosofische benadering van ziekte.

Van belang is daarbij de mate, waarin een bepaalde geneeswijze zich qua achterliggende filosofie, gebruikte diagnostiek en therapie(ën) onderscheidt van de reguliere geneeskunde.

Als voorbeeld moge de klassieke acupunctuur worden genoemd. Deze geneeswijze gaat uit van een totaal andere filosofie met betrekking tot ziekte en gezondheid als de reguliere geneeskunde. De gebruikte diagnostiek (o.a. polsdiagnostiek) en therapie (met naalden) zijn ingebed in een ander systeem. De acupuncturist denkt in een ander begrippenkader. Hoewel de acupunctuur meestal als onderdeel van de traditionele Chinese geneeskunst wordt gezien, vormt de acupunctuur toch een integraal systeem van ziektebehandeling.

Dit geldt eveneens voor de paranormale geneeswijze, die door haar achterliggende filosofie, diagnostiek en therapie als een geneeswijze in de boven aangegeven zin van het woord moet worden beschouwd. Hetzelfde geldt voor de anthroposofische geneeswijze, de chiropractie en de osteopathie, om maar een paar voorbeelden te noemen.

De anthroposofische geneeswijze wordt door haar beoefenaren ervaren als een "Enweiterung" ten opzichte van de reguliere geneeskunde, zowel in filosofisch opzicht alsook in diagnostisch en therapeutisch opzicht en staat in principe niet diametraal tegenover de reguliere geneeskunde. De speciale diagnostiek en therapie van de homoeopathie, die theoretisch zijn gefundeerd in de "Similia-regel" van Hahnemann, rechtvaardigen het gebruik van de term "geneeswijze". Zoals reeds vermeld, spreken homoeopathische artsen meestal liever over "homoeotherapie", daarmee aangevend, dat zij de homoeopathie eerder als een aanvulling op de reguliere geneeskunde zien op therapeutisch gebied, dan als een geneeswijze, die haar voor een groot deel zou kunnen vervangen. Overigens ziet men bij de moderne acupunctuur een vergelijkbare situatie, wanneer men de traditionele filosofische achtergrond van de acupunctuur en de polsdiagnostiek o.a. laat vallen bij de pogingen de acupunctuur als een techniek te integreren in de Westerse geneeskunde. Het valt moeilijk te onderkennen, welke gemeenschappelijke kenmerken er zijn in het geheel van therapieën en vormen van diagnostiek, die onder de natuurgeneeswijze worden vermeld. De natuurgeneeswijze gaat uit van de "vis medicatrix naturae" en zal met "natuurlijke middelen" trachten de harmonie met de omringende natuur en de kosmos te herstellen, indien die verbroken is of dreigt te worden. De natuurgeneezers zijn niet zo beperkt in de gebruikte vormen van diagnostiek en therapie als beoefenaren van andere geneeswijzen. Men treft er minder consistentie aan tussen theoretische achtergrond, diagnostiek en therapie dan bij andere alternatieve geneeswijzen. Zo passen natuurtherapeuten naast voedingstherapieën en kruidentherapieën ook wel homoeopathie, acupunctuur of chiropractie toe.

Wat de beroepsuitoefening betreft, kan het beeld voor een bepaalde geneeswijze tamelijk ingevikkeld zijn. Bij de homoeopathie treft men beoefenaren aan, die deze geneeswijze zien als een aanvulling op de reguliere geneeskunde, naast mensen, die de homoeopathie als een eigen vorm van geneeskunde zien. Bovendien zijn er natuurgeneeskundige therapeuten, die de homoeopathie toepassen tegen de filosofische achtergrond van de natuurgeneeswijze.

Na de hierboven gegeven beschrijving van een "geneeswijze", doet zich de vraag voor, wat men onder een "therapie" dient te verstaan. Dient men de benaming "therapie" te beperken tot die behandelingswijzen, die genezing van een "ziekte" tot doel hebben, of moeten ook allerlei behandelingen net een preventief karakter onder dit woord worden begrepen?

Binnen bepaalde geneeswijzen wordt vaak door de beoefenaren gesteld, dat men veel sterker de nadruk legt op de beïnvloeding van de leefwijze, de voeding en dergelijke dan in de reguliere geneeskunde. Er zou behalve van ziektebestrijding in sterke mate sprake zijn van ziekte-werende en gezondheidsbevorderende activiteiten.

Behalve uit theoretisch oogpunt is deze andere benadering van "ziekte" en "gezondheid" ook interessant i.v.m. vergoedingskwesties. De ziekte-kostenverzekering vergoedt kosten ten gevolge van ziekte en als het gaat om profylactische maatregelen, waarvan men kan aantonen, dat bij het uitblijven daarvan ernstige schade kan ontstaan (b.v. inentingen). In tegenstelling tot de situatie in verschillende landen in zowel West- als Oost-Europa moet een patiënt hier bijvoorbeeld zelf een kuur betalen. Een therapie wordt in feite pas als therapie erkend, als het gaat om de behandeling van een ziekte.

Bij alternatieve geneeswijzen doet zich voorts ten aanzien van bepaalde verrichtingen ook nog de vraag voor, in hoeverre van een "behandeling" sprake is, waar de patiënt zelf in feite de behandeling uitvoert, nadat hij een bepaalde methode heeft geleerd. Men denke aan Yoga, Tai Tsji, autogene training, e.d. Van de patiënt wordt in veel sterkere mate dan in het algemeen in de reguliere geneeskunde gebruikelijk is, een actieve instelling gevraagd bij dergelijke "behandelingen". Overigens is het duidelijk, dat ook deze verrichtingen meer op het vlak van de "positieve" gezondheidszorg thuishoren dan in het kader van de ziektebestrijding.

Tenslotte kunnen in het kader van deze begripsomschrijving nog worden aangestipt de verschillen in opvatting over wat "ziekte" en "gezondheid" is. Meer dan een aanduiding van deze verschillen kan men in dit rapport niet verwachten, gezien de complexiteit van deze begrippen; hiervoor verwijst de Commissie naar desbetreffende medisch-filosofische literatuur.

2.3.6 Conclusies

In de voorafgaande tekst is getracht, de betekenis van de woorden "alternatief" en "geneeswijze" te omschrijven. Door deze begripsbepaling is het thans mogelijk, te komen tot een zekere differentiëring binnen de verzameling van geneeswijzen, therapieën en verrichtingen, die gewoonlijk onder het hoofd "alternatieve geneeswijzen" worden geplaatst.

Het gemeenschappelijk element wordt gevormd door het feit, dat genoemde activiteiten op enigerlei wijze met de gezondheid van de mens verband houden en maatschappelijk gezien niet (volledig) worden erkend. De mate van alternativiteit van "alternatieve geneeswijzen" hangt af van de volgende factoren (zie ook Vardwell, 1978):

- a) de mate, waarin de filosofische of wetenschappelijke theorieën achter een bepaalde geneeswijze of therapie in strijd zijn met de wetenschappelijk achtergrond van de reguliere geneeskunde

De anthroposofische geneeswijze en de homoeopathie zijn in beginsel wel compatibel met de reguliere geneeskunde, wanneer zij worden beschouwd als een "Erweiterung", resp. "aanvulling" van die geneeskunde. De chiropractie gaat echter t.a.v. een kernpunt van de reguliere geneeskunde, t.w. de leer over het ontstaan van ziekten, oor-

spronkelijk uit van een ander paradigma en zal veel minder compatibel zijn.

Ook van belang is het feit, of men met een therapie of een geneeswijze te maken heeft. De manuele therapie bijvoorbeeld, kan veel gemakkelijker volledig "geregulariseerd" worden dan de chiropractie vanwege het feit, dat de manueel therapeuten niet uitgaan van een andere benadering van ziekte en gezondheid dan in de reguliere geneeskunde gebruikelijk.

- b) *de mate, waarin de gebruikte diagnostiek en therapeutische technieken afwijken van die in de reguliere geneeskunde.*

Het magnetiseren is een therapeutische vorm, die sterker afwijkt dan b.v. de neuraaltherapie. Irisdiagnostiek wijkt meer af dan de bij de homeopathische artsen gebruikelijke diagnostiek.

- c) *de mate, waarin een alternatieve geneeswijze in haar theorie, diagnostiek en therapie(ën) een consistent geheel vormt,*

Waar dit in sterke mate het geval is, zal de herkenbaarheid van een geneeswijze bevorderd worden en haar positie t.o.v. de reguliere geneeskunde verduidelijken.

- d) *de mate, waarin een bepaalde geneeswijze of therapie door artsen wordt toegepast.*

Indien een bepaalde geneeswijze door een aanzienlijk aantal artsen wordt beoefend, zal deze geneeswijze binnen de kring van de beroeps-genoten gebruikelijk worden en opname in de ziektekostenverzekering mogelijk worden.

Van belang is daarbij ook, in hoeverre de beoefenaren van bepaalde geneeswijzen zich in wetenschappelijke zin "toetsbaar" willen opstellen. Indien een geneeswijze voornamelijk of uitsluitend door niet-artsen wordt beoefend, wordt de mate van alternativiteit voorts bepaald door :

- 1) het opleidingsniveau van de therapeuten;
- 2) de organisatiegraad en de mate van professionalisering, het al of niet hanteren van ethische stelregels;
- 3) de relatie, die men tot de reguliere artsen heeft of wenst te hebben, met name, of men enigerlei medische supervisie tolereert.

- e) *de mate, waarin een bepaalde geneeswijze aansluit op het cultuurpatroon en de maatschappelijke betekenis van een dergelijke geneeswijze.*

Traditionele vormen van alternatieve geneeswijzen zullen, doordat het publiek en de reguliere medici er bekend mee zijn, als minder "afwijkend" worden beschouwd dan nieuwe vormen, die uit andere culturen zijn overgewaaid (dergelijke geneeswijzen kunnen in hun cultuurpatroon natuurlijk ook traditioneel zijn).

De hierboven weergegeven factoren zullen samen de "alternativiteit" van een geneeswijze of therapie bepalen. De vraag, welke factoren belangrijker zijn dan andere, is moeilijk te beantwoorden en zou leiden tot een vrij subjectieve waardetoekenning, hetgeen de Commissie heeft willen trachten te vermijden.

9. AANBEVELINGEN

9,1 Inleiding

Teneinde een snelle en duidelijke beleidsbeslissing door de Regering te bevorderen, dient het aantal aanbevelingen van een door haar ingestelde Commissie beperkt te blijven en dienen deze aanbevelingen kort en bondig te worden geformuleerd. De Commissie Alternatieve Geneeswijzen (verder te noemen CAG) heeft hiernaar gestreefd. Zij heeft elke aanbeveling doen volgen door een korte toelichting. Ruimere achtergrondinformatie geven de tekst van het rapport en de daarbij gevoegde bijlagen, met name de werkgroeprapporten.

De Commissie vestigt er de aandacht op, dat de aanbevelingen betrekking hebben op de alternatieve geneeswijzen, die door haar bestudeerd zijn, te weten acupunctuur, waarover reeds een interimadvies werd uitgebracht in 1978, homeopathie, anthroposofische geneeswijze, natuurgeneeswijze, paranormale en manuele geneeswijze.

De Commissie heeft ernaar gestreefd de aanbevelingen zoveel mogelijk een algemeen karakter te geven, derhalve geldend voor de verschillende alternatieve geneeswijzen. Voor drie aanbevelingen van een meer specifiek karakter zij verwezen naar de betreffende hoofdstukken van dit rapport, waar zij zijn vermeld. Het betreft een tweetal aanbevelingen met betrekking tot de acupunctuur - wijziging van het Fysiotherapeutenbesluit en overweging van het invoeren van het beroep van acupuncturist in een Wet BIG - ter gedeeltelijke herziening van de in het interimadvies van 1978 over de acupunctuur gedane aanbevelingen en een aanbeveling tot wijziging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening om een regeling te treffen voor de aflevering van geneeskruiden en daaruit bereide producten.

Hoewel de aanbevelingen, die de Commissie doet, zijn gericht tot de Regering, wil zij er niettemin de aandacht op vestigen, dat op het terrein van de alternatieve geneeswijzen de bevordering van coördinatie en coöperatie tussen de zich op dat gebied bewegende organisaties en instellingen hoge prioriteit verdient.

De Commissie is van mening, dat het hier een aangelegenheid betreft, die door een overkoepelende organisatie op dit terrein werkzaam, dient te worden aangevat, willen zaken als opleidingseisen, toelatingsregels, tucht-rechtelijke regelingen met vrucht tot stand kunnen komen. De Commissie wil er tenslotte op wijzen, dat de hierna te noemen aanbevelingen duidelijk als één geheel van maatregelen dienen te worden beschouwd. De realisering van het in de afzonderlijke aanbevelingen beoogde zal dan ook slechts mogelijk zijn, indien men deze samenhang onverlet laat.

9.2 Aanbevelingen

- .Z. De CAG beveelt de Regering aan een door de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in te stellen Commissie voor overleg en advies in het leven te roepen, welke onder meer tot opdracht krijgt met de Regering overleg te plegen en haar te adviseren over de uitwerking en uitvoering van de door de CAG gedane aanbevelingen en over aan de orde komende vraagstukken met betrekking tot alternatieve geneeswijzen.

Toelichting

Uit het rapport blijkt, dat de betekenis van alternatieve geneeswijzen voor de gezondheidszorg in Nederland, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin zodanig is, dat hieraan in het overheid beleid niet voorbij kan worden gegaan. De ontwikkeling in deze is van een gecompliceerd karakter, mede in verband met de voorbereide herziening van de wettelijke regeling op het gebied van de uitoefening der geneeskunst.

De CAG is van mening, dat voor een ministeriële commissie de taak kan zijn weggelegd de Overheid te adviseren en met haar in overleg te treden over de uitwerking en uitvoering van haar aanbevelingen en over andere zaken haar eindrapport inzake de alternatieve geneeswijzen rakende.

Hoewel aanvankelijk werd overwogen voor een dergelijk orgaan de status van een permanent College van Advies en Bijstand te bepleiten, werd hiervan om verschillende redenen afgezien. Met name werd het bezwaar naar voren gebracht, dat het niet zinvol zou zijn voor bepaalde geneeswijzen in de Nederlandse gezondheidszorg een afzonderlijk bij de wet in te stellen orgaan voor advies en bijstand in te stellen. Dit bezwaar acht de CAG niet verbonden aan de instelling van een ministeriële commissie, welke een beperkte opdracht zou moeten krijgen, namelijk de Regering te adviseren en met haar in overleg te treden over alle zaken ter uitwerking en uitvoering van het eindrapport over alternatieve geneeswijzen. De CAG heeft overwogen of zijzelf niet de aan een nieuwe ministeriële commissie op te dragen taak op zich zou kunnen nemen. Zij is tot de conclusie gekomen dat, gezien haar eigen omvang en samenstelling een dergelijke continuering niet doelmatig zou zijn. In tegendeel is zij van mening, dat de omvang van de in te stellen ministeriële commissie beperkt moet blijven, terwijl ze ervoor zou willen pleiten, dat die leden zitting zouden moeten nemen, die het vertrouwen genieten van de betrokkenen.

Als concrete taken van de ministeriële commissie kunnen worden genoemd:

- 1e het verlenen van medewerking bij de uitwerking en uitvoering van de aanbevelingen der CAG;
- 2e het adviseren omtrent de positie van de beoefenaren van alternatieve geneeswijzen in het kader van een Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg;
- 3e het bevorderen van en adviseren over wetenschappelijk onderzoek van alternatieve geneeswijzen;
- 4e het bevorderen van en adviseren over gezondheidsvoorlichting voor zover betrekking hebbend op alternatieve geneeswijzen;
- 5e het gevraagd of ongevraagd adviseren over alle zaken alternatieve geneeswijzen betreffende.

2. De CAG beveelt de Regering aan een nationaal informatie- en documentatiecentrum, verder te noemen IDC, in te stellen.

Toelichting

Uit een in opdracht van de CAG ingesteld literatuuronderzoek is duidelijk gebleken, dat het uitermate moeilijk is literatuur te verzamelen over alternatieve geneeswijzen, hetgeen zowel Nederlandse als buitenlandse literatuur betreft. Zo werd b.v. bij dit onderzoek door de betreffende universitaire computer-terminal geen enkel literatuurgegeven over de anthroposofische geneeswijz verstrekt, terwijl er talrijke publicaties op dit gebied hebben plaatsgehad. Als taken van het IDC kunnen onder meer worden genoemd:

- 1e het verstrekken van informatie, met name gericht op de alternatieve geneeswijzen;
- 2e het verstrekken van wetenschappelijke en andere gegevens aan de in aanbeveling 1 genoemde Commissie;
- 3e het verstrekken van wetenschappelijke informatie ter bevordering van wetenschappelijk onderzoek naar alternatieve geneeswijzen;
- 4e het verstrekken van al die gegevens welke nodig zijn voor het op alternatieve geneeswijzen gericht onderwijs.

De vraag of voor de instelling van een IDC een afzonderlijk orgaan in het leven moet worden geroepen, dan wel de voorkeur moet uitgaan naar het onderbrengen van het centrum bij een bestaande of nog te scheppen instelling, verdient nadere overweging. Hierbij dient aandacht te worden geschonken aan het feit, dat de te verstrekken informatie de gezondheidsvoorlichting op dit terrein kan bevorderen.

- 3, De CAG beveelt de Regering aan te bevorderen, dat ten behoeve van de ir. deze aanbevelingen genoemde maatregelen op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voor het jaar 1982 en volgende jaren een port. t "Alternatieve Geneeswijzen" wordt opgevoerd,

Toelichting

Uit de aanbevelingen betrekking hebbend op de instelling van een commissie voor overleg en advies en van een centrum voor informatie en documentatie blijkt duidelijk, dat het beschikbaar stellen van overheidswege van de nodige gelden, voorwaarde is voor het functioneren van deze organen. Ook andere in de aanbevelingen genoemde activiteiten, zoals onderzoek en onderwijs, zullen zonder financiële steun van rijkswege, niet tot ontplooiing kunnen komen. Ook aan de subsidiëring van een overkoepelende organisatie, zoals genoemd in de Inleiding zou kunnen worden gedacht De CAG is derhalve van mening, dat, in aanmerking genomen de door haar vastgestelde maatschappelijke betekenis van alternatieve geneeswijzen, uit haar aanbevelingen financiële consequenties voor de Overheid moeten voortvloeien.

De CAG stelt voor, dat reeds op de begroting van 1982 de post "Alternatieve Geneeswijzen" moet worden opgevoerd, opdat aanstonds een begin met de werkzaamheden kan worden gemaakt. Zij beveelt daarbij tevens aan te bevorderen, dat "geoormerkte fondsen" voor wetenschappelijk onderzoek ter beschikking komen.

4. *Z5e CAG beveelt de Regering aan wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot alternatieve geneeswijzen te bevorderen.*

Toelichting

De Commissie Alternatieve Geneeswijzen heeft zich in de uitvoering van haar opdracht - onderzoek naar de betekenis van alternatieve geneeswijzen voor de gezondheidszorg in Nederland - moeten beperken tot de belichting van de maatschappelijke betekenis. Wetenschappelijk onderzoek ter evaluering van bepaalde alternatieve geneeswijzen, o.a. door toetsing in de praktijk, heeft zij niet kunnen verrichten. De Commissie is er echter van overtuigd, dat dit onderzoek dringend noodzakelijk is, evenals het onderzoek naar de maatschappelijke betekenis en naar de theoretische uitgangspunten van alternatieve geneeswijzen. Voorts wil zij wijzen op de betekenis van epidemiologisch onderzoek ook op dit gebied van de gezondheidszorg.

De vraag of hiertoe een speciaal instituut in het leven geroepen moet worden, dan wel dat de uitvoering bij bestaande organisaties en universiteiten (gedacht kan worden aan een interuniversitair instituut) kan worden ondergebracht, dient nader overwogen te worden.

5. *De CAG beveelt de Regering aan in de bestaande universitaire en para-universitaire opleidingen het verstrekken van informatie over alternatieve geneeswijzen te bevorderen en daarbij bijzondere aandacht te laten schenken aan de voorlichtende functie van de hulpverleners.*

Toelichting

De vraag naar alternatieve geneeswijzen bij de Nederlandse bevolking, de betekenis die de CAG hieraan toekent, en de wens hiervoor begrip te kweken bij allen, die werkzaam zijn in de gezondheidszorg, maken het noodzakelijk in de reguliere opleidingen ook aandacht te schenken aan alternatieve geneeswijzen.

De te verstrekken informatie dient vooral gericht te worden op de voorlichting, welke van artsen verwacht wordt, indien hun patiënten zich tot hen wenden met vragen over alternatieve geneeswijzen. Het is gewenst deze informatie en voorlichtende kennisoverdracht te laten verrichten door personen, die het brede terrein van de alternatieve geneeswijzen met inbegrip van de aldaar voorkomende vraagstellingen kunnen overzien.

6. *De CAG beveelt de Regering aan in het kader van de voorbereiding tot een Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg reeds aanstonds in studie te doen nemen de vraag of, in hoeverre en op welke voorwaarden - uiteraard mede de opleiding betreffende - beoefenaren van alternatieve geneeswijzen, die op grond van de huidige wetgeving de geneeskunst onbevoegd uitoefenen, in staat kunnen worden gesteld een bij de wet geregelde status te verkrijgen.*

Toelichting

Deze aanbeveling gaat ervan uit, dat het een belang van de gezondheidszorg is, indien het aantal niet-gekwalificeerden in de Wet BIC, de onbevoegden onder de huidige wetgeving, zo beperkt mogelijk is. Zij acht het van belang aanstonds in de fase van voorbereiding van voornoemde wet de status van de huidige onbevoegde beoefenaren van alternatieve geneeswijzen in studie te doen nemen en

zij zou het op prijs stellen, dat in deze studie de in aanbeveling 1 genoemde Commissie wordt betrokken.

7. De CAG beveelt de Regering aan te bevorderen, dat diegenen, die een bepaalde alternatieve geneeswijze beoefenen, hetzij als gekwalificeerde, hetzij als niet-gekwalificeerde in het kader van de Wet BIG, hiervoor een adequate opleiding c,q. een basisopleiding hebben gevolgd.
- a) Ten aanzien van hen, die bevoegd zijn onder de vigerende wetgeving dan wel gekwalificeerd onder de Wet BIG, wordt de Regering aanbevolen te bevorderen, dat slechts diegenen worden toegelaten tot de beoefening van een bepaalde alternatieve geneeswijze, die daartoe de nodig scholing hebben gehad;
 - b) ten aanzien van hen, die onbevoegd zijn onder de huidige wetgeving en niet-gekwalificeerd zullen zijn in het kader van de Wet BIG, wordt de Regering aanbevolen te bevorderen, dat ook deze beoefenaren van een bepaalde alternatieve geneeswijze in de gelegenheid worden gesteld een zekere geneeskundige basiskennis te verwerven door subsidiëring van onderwijsinstellingen met een daarop gericht programma;
 - c) ten aanzien van hen, die zich willen bekwamen in de beoefening van een alternatieve geneeswijze teneinde in het kader van de Wet BIG als gekwalificeerde tot een beroepsgroep te worden toegelaten, wordt de Regering aanbevolen te bevorderen, dat de onder b) genoemde instellingen door subsidiëring in staat worden gesteld eveneens de beroepsopleiding te verzorgen voor deze groep.

Toelichting

ad a):

Reeds in het interimadvies (1978), handelend over de acupunctuur, heeft de Commissie de wenselijkheid, geformuleerd in deze aanbeveling, uitgesproken.

De Commissie is er zich van bewust, dat in het kader van de vigerende wet de geneeskundige bevoegd is de geneeskunst in haar volle omvang uit te oefenen, ook al is deze daartoe op een bepaald onderdeel niet speciaal opgeleid. De Hoge Raad heeft zich enige malen in zijn arresten in deze zin uitgesproken.

De Commissie is echter van mening, dat aan de scholing eisen moeten worden gesteld. Zij stelt zich voor, dat deze aangelegenheid in samenwerking tussen Overheid, de beroepsorganisatie van geneeskundigen en organisaties van geneeskundigen, die alternatieve geneeswijzen toepassen, tot stand kan komen op overeenkomstige wijze als het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst functioneert.

ad b):

Het is de Commissie bekend, dat in de Wet BIG in zekere zin een repressieve kwaliteitsbewaking ten aanzien van niet-gekwalificeerden wordt ingevoerd door strafrechtelijke vervolging van de alternatieve genezer in te stellen, indien door zijn behandeling merkelijke schade is berokkend aan de gezondheid van de hulpvragende dan wel sprake is van kennelijk bedrog.

De Commissie acht deze kwaliteitsbewaking uit het oogpunt van het belang van de volksgezondheid onvoldoende en is van mening, dat een preventieve kwaliteitsbewaking niet minder noodzakelijk is. Een dergelijke bewaking zou verkregen kunnen worden door te bevorderen, dat ook de niet-gekwalificeerden in de gelegenheid worden

gesteld een zekere basiskennis te verwerven omtrent anatomie, fysiologie, pathologie, psychologie en hygiëne, opdat de kans op eventuele benadeling van de gezondheid van de patiënt door hun alternatieve behandelingen wordt beperkt.

De Commissie is zich ervan bewust, dat het bieden van dit onderwijs een aantal problemen oproept. Allereerst zal aan gegadigden duidelijk moeten worden gemaakt, dat zij uit hoofde van de (toekomstige) wettelijke bepalingen tot de groep van niet-gekwalificeerden blijven behoren en derhalve aan een dergelijke basisopleiding geen erkenning of registratie van overheidswege en dus geen enkele bevoegdheid kunnen ontlenen, met name niet ten aanzien van het behandelen van patiënten op terreinen, welke door de wetgever voor niet-gekwalificeerden zijn gesloten. De opleiding zal dan ook niet van de Overheid uit kunnen gaan. De Commissie meent echter, dat het zeer wel op de weg van de Regering kan liggen, de in de aanbeveling genoemde instellingen te subsidiëren en zij heeft dan ook de Regering aanbevolen zulks te doen met het oog op een preventieve kwaliteitsbewaking van de door alternatieve genezers te verlenen bijstand.

Uiteraard zal de Regering aan deze subsidiëring voorwaarden kunnen verbinden o.a. met betrekking tot de kwaliteit van het onderwijs. De Commissie ziet het als een taak van de instellingen en organisaties zelf het initiatief te nemen tot het geven van basisonderwijs. Ook de vraag, of de organisaties aan het gevolgd hebben van dit onderwijs rechten willen toekennen in privaatrechtelijke zin, dient aan het oordeel van de organisaties zelf te worden overgelaten.

De Commissie denkt daarbij bijvoorbeeld aan registratie door voornoemde organisaties, welke registratie door de betrokkene mag worden aangekondigd.

Het zal ook de taak van de betrokken organisaties zijn, de therapeuten erop te wijzen, dat ook zij zich bewust dienen te zijn van hun beperkingen in diagnostisch en therapeutisch opzicht en zich dienen te houden aan bepaalde gedragsregels, zodat deze beoefenaren van alternatieve geneeswijzen op een verantwoorde manier irt het geheel van de Nederlandse gezondheidszorg werkzaam kunnen zijn.

ad c:

De Commissie is van mening, dat zoveel mogelijk moet worden getracht de beoefening van alternatieve geneeswijzen binnen een wettelijk kader onder te brengen. In dit licht beveelt de Commissie aan de speciale opleiding van hen, die streven naar een erkenning onder de Wet BIG, te subsidiëren. De Commissie stelt zich voor, dat deze opleiding op het niveau van HBO zal liggen. De Commissie is van mening, dat in beginsel de instellingen, welke de in b) genoemde basisopleiding geven, ook de "bovenbouw" zullen kunnen verzorgen voor een bepaalde alternatieve geneeswijze.

8. *De CAG beveelt de Regering aan kwakzalverij, zoals omschreven in haar eindrapport onder hoofdstuk 2, met kracht te bestrijden.*

Toelichting

In haar zevende aanbeveling heeft de Commissie de Regering in overweging gegeven de niet-gekwalificeerde genezer in staat te stellen door het verkrijgen van een zekere basiskennis het optreden van eventueel schadelijke nevenwerkingen of schadelijk effect van zijn

handelingen zoveel mogelijk te voorkomen. De Commissie heeft gemeend deze aanbeveling te moeten doen als een preventief aspect van de gezondheidszorg, zodat de behandeling door een niet-gekwalficeerde niet uitsluitend is onderworpen aan repressief toezicht.

De Commissie zag zich tijdens haar werkzaamheden gesteld tegenover enkele gevallen van zeer schadelijke handelingen van niet-gekwalficeerden.

In hoofdstuk 2 van dit rapport heeft zij dit soort handelingen als kwakzalverij aangeduid. De Commissie wil er met deze aanbeveling de aandacht van de Regering op vestigen, dat uit een oogpunt van kwaliteitsbewaking van de gezondheidszorg deze kwakzalverij met kracht bestreden dient te worden.

9. *De CAG beveelt de Regering aan ten spoedigste een adviesaanvraag te richten tot de Ziekenfondsraad, inhoudende het verzoek om met inachtneming van de aanbevelingen van het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen voorstellen te doen omtrent de opnemings in het verstrekkingspakket ziekenfondsverzekering van nader bij de adviesaanvraag te noemen alternatieve geneeswijzen en omtrent de categorieën van verstrekkers van deze geneeswijzen.*

Toelichting

In tal van beroepsuitspraken werd gesteld, dat de alternatieve geneeswijzen geen ziekenfondsverstrekking kunnen zijn, omdat zij niet voldoen aan het criterium "binnen de kring van de beroepsgegoten gebruikelijk".

De Commissie is van oordeel, dat met behoud van dit criterium nochtans bepaalde alternatieve geneeswijzen als bijzondere verstrekking in het verstrekkingsbesluit kunnen worden opgenomen, mits daarbij tevens kan worden aangegeven welke categorie(en) van erkende beroepsbeoefenaren als verstrekker(s) kan (kunnen) optreden en de verstrekking in kwalitatief en kwantitatief opzicht genoegzaam kan worden gewaarborgd.

De Commissie meent, dat voor wat betreft de verstrekking door consultatieve artsen voor acupunctuur, homeopathie, anthroposofische, natuurgeneeswijze en manuele geneeswijze reeds thans aan deze voorwaarden kan worden voldaan, indien zij geschoold zijn in de zin van aanbeveling 7. Hierover zou de Ziekenfondsraad op korte termijn een advies kunnen uitbrengen. Voor andere alternatieve geneeswijzen en andere categorieën van verstrekkers zal, naar de Commissie verwacht, pas op langere termijn een regeling kunnen worden getroffen. Niettemin moet ook het beraad daarover spoedig op gang komen.

Het komt de Commissie voor, dat de Ziekenfondsraad de meest aangewezen instantie is om voorstellen te ontwikkelen. De Raad zal daartoe overleg kunnen plegen met het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ), de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Vereniging Gelijke Rechten voor Alle Geneeswijzen (VGRAG) en de in aanbeveling 1. genoemde Commissie en eventueel andere door de Raad gewenste organen en instellingen.

20. *De CAG beveelt de Regering aan het spoedig tot stand komen van een Met Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg te bevorderen.*

Toelichting

De Commissie ziet in haar instelling zowel als in haar opdracht het sluitstuk in een reeks van adviezen en rapporten uitgebracht naar aanleiding van het strafproces tegen de Limburgse magnetiseur Lemmens kort na de oorlog. Het was de toenmalige voorzitter van de Gezondheidsraad, Dr. J.3. Brutel de la Rivière, die een rapport uitbracht over het Scandinavische stelsel (zie ook het request van de drie "H's" in 1913). Daarop volgde in het begin van de zestiger jaren het tot stand komen van een ambtelijke werkgroep Muntendam (Volksgezondheid, Dustitie, O. en W.), die de Regering een ontwerp aanbood tot wijziging van de wet van 1865. Dit voorstel was het uitgangspunt voor een in te stellen Commissie-Peters, op haar beurt gevolgd door de Commissie-de Vreeze. In de instellingstoespraak op 17 mei 1977, heeft de toenmalige Staatssecretaris Hendriks gesteld, dat in deze reeks de Commissie Alternatieve Geneeswijzen mede gezien moest worden als de volgende schakel in het proces, waarbij ook niet-gekwalficeerden in de uitoefening van de individuele gezondheidszorg kunnen worden ingeschakeld.

De Commissie is zich ervan bewust, dat de basis voor een bij de wet geregelde toelating van niet-gekwalficeerden tot beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg slechts mogelijk is door invoering van de V/et BIG, waarin zij als beroepsgroep kunnen worden opgenomen.

Tevens stelt zij zich op het standpunt, dat het niet zinvol is tijdens de periode van het ontwerpen dezer wet andere voorstellen tot wetswijziging te doen. Dit brengt echter met zich mede, dat een onzekere en ongewenste toestand, waarbij onbevoegde alternatieve genezers "gedoogd" worden, zo kort mogelijk moet duren.

11. *De CAG beveelt de Regering aan te bevorderen, dat hangende haar besluitvorming met betrekking tot de zaken, waarover de Commissie Alternatieve Geneeswijzen heeft gerapporteerd, geen strafrechtelijke vervolging tegen alternatieve genezers wordt ingesteld, anders dan in gevallen, waarin door hun behandelingen aan de gezondheid van de hulpbehoevende merkelijke schade is toegebracht, dan wel kennelijk bedrog heeft plaatsgeha.*

Toelichting

De CAG is van mening, dat de besluitvorming over de door haar gedane aanbevelingen en de voorbereiding tot het treffen van maatregelen en de uitvoering daarvan slechts kan geschieden in een situatie, die niet doorkruist wordt door vervolgingen, welke niet passen in de geest van de aanbevelingen der Commissie. Deze aanbeveling richt zich op de voortzetting van de huidige toestand.

BIJLAGE II

NOTITIE betreffende de uitgangspunten voor onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen, opgesteld in gezamenlijk overleg tussen de Gezondheidsraadcommissie en een delegatie uit de AAG.
Voorjaar 1985

I Uitgangspunten voor het onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen

1. Opmerkingen met betrekking tot strategische aspecten:

1.1 Men moet bereid zijn iedere alternatieve geneeswijze die onderzocht gaat worden, op zijn merites te beoordelen conform het principe dat de uiteindelijke basis van wetenschap zoveel mogelijk berust op "openbare" verificatie in plaats van op de persoonlijke ervaring van de arts. Hiermee wordt bedoeld dat, ongeacht de filosofie die aan de te onderzoeken therapie ten grondslag ligt, de resultaten onderzocht moeten worden op basis van zoveel mogelijk controleerbare feiten die zowel het subjectieve als het objectieve welbevinden van de patiënt betreffen.

1.2 De effectiviteitscriteria (afhankelijke variabelen) die de basis zullen vormen voor deze beoordeling kunnen voor iedere behandelwijze verschillend zijn. Deze effectiviteitscriteria zullen door de verschillende werkgroepen per behandelwijze tevoren moeten worden vastgesteld. De validiteit van de meetmethoden moet worden vastgesteld voordat de uit deze methoden resulterende waarden als meetcriteria worden gebruikt (zie ook sub 1.2 en sub II. 1). De toe te kennen (getals)waarden mogen noch vertekend worden door belanghebbenden, zoals behandelende artsen, noch door te kritisch ingestelde beoordelaars.

De schaal waarlangs de meting plaatsvindt dient zo mogelijk een kwantitatieve te zijn. Dit betekent niet, dat niet gewerkt kan worden met subjectieve oordelen van patiënten, in tegendeel, deze zijn onmisbaar. In dat geval zal echter gebruik gemaakt moeten worden van

de speciale methoden die in de psychologie zijn ontwikkeld om deze subjectieve oordelen in schalen onder te brengen.

1.3 ftan het onderzoek-programma dat moet dienen als basis voor de beoordeling van alternatieve behandelwijzen, kunnen in principe drie fasen worden onderscheiden.

1.3.1 De eerste fase is een Herkennende fase. Deze fase gaat noodzakelijkerwijze vooraf aan toetsend onderzoek (derde fase) indien nog we-inig objectief ge fundeerde waarnemingen in het kader van de te onderzoeken behandelwijze bestaan.

In de verkennende fase moeten zoveel mogelijk waarnemingen worden verricht die ertoe moeten leiden dat (getals)waarden voor een veelzijdig stel criteria uerkregen worden voor een breed scala van patiënten en behandelaars. De resultaten, dat wil zeggen de uerkregen waarnemingen, worden samengevat in diverse tabellen, zodat een - voorlopig - inzicht kan worden uerkregen in het verloop van de toestand van de patiënten en in de factoren (leeftijd, geslacht, aard klacht, de persoon van de behandelaar etc.) die geacht worden van betekenis te zijn. Bewijskracht kan aan dergelijke tabellen niet worden toegekend; zij hebben slechts een beschrijvend karakter.

1.3.2 De tweede fase is de hypothese-genererende fase. In deze fase wordt het uerkregen waarnemingsmateriaal zorgvuldig bestudeerd, het oog gericht op de vraag of dit vermoedens oproept die wijzen in de richting van bepaalde hypothesen. Bijvoorbeeld, de indruk kan worden gewekt dat een bepaalde soort patiënten

beter reageert dan een andere; dat een bepaald klachtenpatroon beter op de behandeling reageert dan een ander; dat de ene behandelaar meer succes in bepaalde omstandigheden heeft dan andere etc. De intuïtie van arts en onderzoeker speelt in deze fase een belangrijke rol. In deze fase zijn formele overwegingen niet van betekenis; deze komen pas in de volgende fase aan de orde.

- 1.3.3 De derde fase is de toetsende fase. Mocht de tweede fase inderdaad aanwijzingen opleveren die wijzen in de richting van bepaalde hypothesen dan kan de derde fase van het onderzoek bestaan uit het opzetten en uitvoeren van een onderzoeksprotocol ter toetsing van deze hypothesen. Het is van belang een eventueel onderzoek zo op te zetten dat de waarnemingen zo efficiënt mogelijk worden benut. Het is uiterst belangrijk dat ervoor wordt zorggedragen dat de voorwaarden waarop de bij deze toetsing te gebruiken statistische technieken zijn gebaseerd, ook in feite gerealiseerd kunnen worden. Zolang nog onbekend is onder welke omstandigheden het onderzoek zal plaatsvinden, zal het dus dikwijls onmogelijk zijn een uoorkeur voor een of andere statistische techniek uit te spreken.

Opgemerkt mag worden dat de alternatieve stromingen die in eerste instantie voor protocollering in aanmerking komen vaak al een (zeer) lange voorgeschiedenis hebben; fase 1 en 2 zijn in die gevallen al gepasseerd of behoeven slechts aangescherpt te worden.

2. Opmerkingen met betrekking tot methodologische aspecten :

Degenen die het onderzoek verrichten moeten niet in een te strak keurslijf worden gewrongen. De deur moet vooral niet a priori worden gesloten voor andere methoden dan die in de exacte wetenschappen gebruikelijk zijn.

De behandelaar moet de mogelijkheid hebben - evenals dat in de reguliere geneeskunde disuuijls geschiedt - een behandeling te ontwikkelen of aan te passen tijdens de therapie, afhankelijk van het verloop van de ziekte/aandoening en het herstelproces. Hierbij kan creativiteit vereist zijn om bijvoorbeeld een bepaalde impasse te doorbreken. In het onderzoeksprotocol zal derhalve de ruimte voor een eventuele aanpassing moeten worden gelaten.

Hieraan moet echter wel een grens worden gesteld in die zin dat, wanneer bij een bepaalde patiënt alle omschreven varianten zonder resultaat zijn gebleven, het experiment bij die patiënt moet worden beëindigd. Ook zullen bepaalde meetmomenten moeten worden vastgelegd; wanneer na een bepaalde periode bij een bepaalde patiënt geen resultaat is behaald, zal het onderzoek bij die patiënt niet worden voortgezet. In beide genoemde gevallen moet de behandeling als mislukt worden beschouwd. Het verdient aanbeveling flow-diagrammen te maken waarin precies wordt aangegeven welke behandeling de patiënt krijgt en hoe, afhankelijk van de reactie van de patiënt, de behandeling wordt voortgezet.

Gezien de te verwachten problemen lijkt het noodzakelijk het onderzoek te beperken tot enkele ziektebeelden. Deze behoeven niet voor alle alternatieve stromingen dezelfde te zijn.

Men realiseert zich dat patiënten die voor een bepaald onderzoek het meest geschikt zouden kunnen zijn (voor een bepaalde richting zijn, als een bijzondere categorie, patiënten met bepaalde traumata genoemd) zich over het algemeen niet primair melden bij een alternatieve behandelaar. Daar een alternatieve behandeling niet aan proefpersonen kan worden opgedrongen, zal bij de werving van de proefpersonen derhalve een keuze gemaakt moeten worden uit het "normale" aanbod in de praktijk van de desbetreffende alternatieve stroming. Bij een dergelijke selectie moet worden bedacht dat de desbetreffende behandelwijze wellicht met anderssoortige patiënten betere (of slechtere) resultaten zou kunnen behalen.

Bij de beoordeling van de onderzoeksresultaten zal derhalve, indien mogelijk, rekening moeten worden gehouden met verschillen tussen de patiënten van reguliere en alternatieve behandelaars.

Men realiseert zich voorts dat in de meeste alternatieve behandelwijzen wordt gewerkt met een ruim genomen ziektebegrip. Afwijkingen worden als onderdeel gezien van een veelomvattend geheel van dysfuncties en ontregelingen van het (psycho)biologisch organisme. Daarom richt de therapie zich veelal op het herstel van het zelfregulerende vermogen, van evenwicht etc. Dit houdt in dat het vaak nodig wordt geacht, alvorens een behandelwijze vast te stellen, de grenzen van dit regulerend vermogen af te tasten, al kan dit niet los worden gezien van de behandeling zelf.

Dit betekent in de praktijk dat 1. deze behandeling per individu moet geschieden en 2. dat de behandeling per fase moet kunnen worden bijgesteld. Hierbij zij aangetekend dat de eigenschappen van een eventueel basis-bioregulatie deel uitmaken van de te onderzoeken

problematiek; toetsing van de alternatieve behandelwijzen kan daarom niet worden gebaseerd op methodieken als de pols van Nogier & n dergelijke zolang deze niet gevalideerd zijn.

Men realiseer zich voorts dat - in de gangbare opvatting - een diagnose per definitie inhoudt: een selectie van symptomen vanuit een bepaald referentie- of interpretatiekader. Voor de beoordeling van behandelwijzen die gebruik maken van totaal verschillende referentiekaders voldoet een diagnose vanuit een van deze kaders niet steeds als objectieve parameter van de basistoestand. Binnen de werkgroep moet overeenstemming worden bereikt over de beschrijving die (desgewenst in de eigen terminologie) over de patiënten wordt gegeven als basis voor de toe te passen behandeling.

II iditenschappelijke voorwaarden voor de toetsing van alternatieve behandelingswijzen

- 1 Uoor het beoordelen van alternatieve behandelingswijzen zal in de eerste plaats getracht moeten worden een 20 nauwkeurig mogelijke beschrijving van klachten/symptomen te geven (bijvoorbeeld, frekwentie, ernst, duur, uerloop, diverse voorafgaande behandelmethoden, beïnvloedende factoren, mogelijke oorzakelijke factoren etc.). Daarnaast kan een beschrijving van relevante kenmerken van de patiënt plaatsvinden (uitwendige tekenen, lichamelijk onderzoek). Tot de kenmerken van de patiënt behoort eveneens hetgeen met registreerbare technieken is vast te stellen. Meetmethoden die afwijken van de gangbare klinische meetmethodieken (bloedtest, Rö-foto's, scans etc.) maken deel uit van het te onderzoeken probleem; daarom kunnen ze niet als meetmethodiek voor dit onderzoek worden gebruikt. Deze methodieken (bijvoorbeeld EAP-meting, decodertest, Nogierpols, thermoregulatie etc.) kunnen uiel mede onderzocht worden, maar dan tegen de achtergrond van een gangbare meetmethode.
- 2 De keuze van de te onderzoeken personen: bij deze keuze dient men rekening te houden met de overweging dat bij een groot aantal patiënten van deze populatie het symptomen-geheel uoraafgaand aan de behandeling reeds langere tijd aanwezig was. De duur van de klachten is overigens voor het beoogde onderzoek van geen enkel belang.
- 3 De doelstelling van de behandeling dient van tevoren omschreven te worden, Deze doelstelling kan verschillend zijn: verbetering van psychisch en sociaal welbe-

vinden, genezing van objectieve ziekteverschijnselen, verbetering van een bepaald klachtenpatroon, verbetering van pathologische waarden verkregen met meetmethodieken, modificatie van het beloop etc. De doelstelling moet binnen het systeem van de te beoordelen methode passen.

De behandeling: de toetsing van alternatieve behandelingswijzen zal in de eerste plaats rekening moeten houden met de procedure van behandelen. In verband met de veronderstelde inwerking van de alternatieve geneeswijzen op regulatiesystemen kan een behandeling een meerfasig karakter hebben. De behandelingsprocedure dient van tevoren zo nauwkeurig mogelijk te zijn vastgelegd. Dit geldt ook voor eventuele additionele behandelingen. De mogelijkheid moet bestaan iedere fase van de behandelingsprocedure te laten verlopen volgens afzonderlijke protocollen. Bij de waardering van de therapeutische successen wordt echter het totale eindresultaat beoordeeld.

De opzet van het onderzoek moet steeds van tevoren worden vastgesteld (dubbelblind, enkelblind, open, kenmerken controlegroep, randomisatie). Hierbij dient een optimale afstemming nagestreefd te worden met de complexiteit van de behandelwijze. Tevens moet worden afgesproken aan welke voorwaarden de te onderzoeken steekproef moet voldoen (omvang, select of aselekt, soort populatie). Opnemings- en uitsluitingscriteria dienen tevoren te worden vastgesteld. Voor de ethische onderzoeksvoorwaarden zie onder III.

5 Effectmeting

Effecten moeten worden omschreven als veranderingen per onderzoeksfase t.o.w. de basistoestand. De stapsgewijze veranderingen in opeenvolgende onderzoeksfasen geven de verandering van het systeem aan. De basistoestand moet aan het begin van de behandeling nauwkeurig worden vastgesteld. Tevens moet van elke patiënt een zo volledig mogelijke anamnese worden vastgelegd.

- a Uوراafgaand aan het onderzoek moet worden bepaald welke effecten van de verschillende fasen in een behandelwijze in therapeutisch opzicht als essentieel worden beschouwd. Zij kunnen worden onderscheiden in als door ervaren deskundigen objectief of intersubjectief vast te stellen en te kwantificeren effecten, en door (arts en) patiënt te waarderen subjectieve effecten. Niet verwachte effecten dienen ook te worden geregistreerd .

- b De effectmeting moet in ieder geval op bepaalde, van tevoren vastgestelde tijdstippen tijdens de behandeling plaatsvinden. De duur. tussen de tijdstippen moet - behoudens medische noodzaak - minimaal die van een fase zijn. De duur van de behandel- en onderzoeksperiode moet van tevoren globaal worden omschreven. Fasering en totale duur dienen te worden bepaald in samenhang met de te bestuderen verschijnselen.

- c De onderzoeksresultaten zullen statistisch moeten kunnen worden geëvalueerd, volgens een vooraf opgesteld protocol. Hierin worden de toe te passen statistische methoden beschreven en wordt aandacht besteed aan aspecten als: reproduceerbaarheid van meetmethoden en uitkomsten binnen en tussen personen, scheiding van

specifieke en niet-specifieke effecten, variabelen die gelijktijdig invloed kunnen hebben, evalueren van placebo-effecten, omvang van de controlegroep.

- d Gepoogd moet worden de factor: "medewerking van de patiënt" op een betrouwbare wijze vast te stellen ("patiënt compliance").
- e Bij de eindbeoordeling van elk onderzoeksproject moeten gegevens worden overgelegd van alle patiënten die tussentijds uit het onderzoek zijn genomen en van hen die aanvankelijk zouden meedoen maar die toch niet zijn opgenomen in het onderzoek.
- > Bij het gebruik van geneesmiddelen moeten gegevens over bereidingswijze en herkomst worden overgelegd

III Ethische voorwaarden waaraan bij elk medisch evaluatie-onderzoek moet worden voldaan

- 1 De omvang van de eventuele schade die proefpersonen door deelneming aan een proefneming kunnen lijden, moet voorspelbaar en minimaal zijn; de schade (bijvoorbeeld door uitstel van de door de proefpersoon gewenste behandeling) moet herstelbaar zijn.
- 2 Proefpersonen moeten op vrijwillig basis aan het onderzoek deelnemen en zich er te allen tijde uit kunnen terugtrekken. Toestemming alsmede het tijdstip waarop deze werd verleend moeten schriftelijk worden vastgelegd.
- 3 Informatie over aard en strekking van het onderzoek moet op vooraf overeengekomen wijze aan de patiënt worden verschaft; hierbij moet ook melding worden gemaakt van het (eventuele) inlassen van placebo-perioden.
- 4 Indicaties voor de behandeling zowel als opnemings- en uitsluitingscriteria moeten tevoren zorgvuldig worden vastgesteld. Tot de patiënten die vallen onder de uitsluitingscriteria behoren, naast de gangbare categorieën zoals psychiatrische patiënten, acuut zieke patiënten.

IU Procedurevoorstel

Si; de hieronder schetsmatig beschreven procedure wordt eruan uitgegaan dat is voldaan hetgeen onder II en III is beschreven, üoorts wordt uitgegaan van de volgende werkhypothese :

De resultaten van alternatieve behandelwijze moeten op dezelfde wetenschappelijke gronden worden beoordeeld als die van reguliere therapieën, m.a.ui.: het is mogelijk, op basis van een vastgestelde diagnose en een overeengekomen behandelwijze, te beoordelen of op reproduceerbare wijze een therapeutisch succes wordt behaald.

- 1 üoor het onderzoek wordt een Centraal Bureau (C.B.) ingesteld dat verantwoordelijk is voor de technische supervisie, het verzamelen van alle relevante gegevens en de statistische toetsing van de resultaten.
- 2 uoor elke te beoordelen alternatieve behandelwijze afzonderlijk wordt een Gemengde Commissie (G.C.) ingesteld, bestaande uit (minstens) 2 aanhangers (artsen) van de betrokken richting (a.a.) en (minstens) 2 reguliere artsen (r.a.). Leden van de G.C. kunnen t.o.v. proefpatiënten (pp) niet als behandelend arts (b.a.) fungeren.
- 3 Als pp worden uitsluitend personen aanvaard die aan de b.a. niet eerder als patiënt bekend waren, dus uitsluitend "nieuwe" patiënten.
- 4 De b.a. rapporteert schriftelijk (of: per geluidsband) aan de G.C. omtrent anamnese en onderzoeksbevindingen wan patiënten die naar zijn mening in aanmerking komen als pp. (NB: nader zal moeten worden gezien hoe "bias"

door patiëntselectie kan worden voorkomen). De b.a. stelt op grond van zijn bevindingen een (voorlopige) diagnose. Tevens doet hij voorstellen omtrent de therapie (bij meerdere mogelijkheden: de volgorde van voorkeur) en stelt hij criteria voor ter beoordeling van het therapeutisch succes.

- 5 De G.C. doet (bindende) voorstellen omtrent aanvullend diagnostisch onderzoek, op grond waarvan eventueel diagnose en therapie moeten worden bijgesteld.
- 6 Het overeengekomen protocol wordt voorgelegd aan het C. B., dat zorg draagt (bij onderzoek waarbij dat relevant is) voor randomisering. Tevens wordt de inpassing van de behandeling van elke afzonderlijke pp in de totale statistische proefopzet verzorgd door het C.B.
- 7 De b.a. brengt periodiek verslag uit aan de G.C. en verstrekt na verloop van een vooraf overeengekomen periode een eindrapport over iedere pp.

flloemene bepalingen:

8. De G.C. moet snelle beslissingen kunnen waarborgen.
9. De medische verantwoordelijkheid voor de patiënten/proefpersonen blijft berusten bij de b.a. De bemoeienissen van de G.C. dragen derhalve het karakter van advisering. De hierboven sub. 5 als "bindend" gestelde voorwaarden houden dus in dat de b.a., wanneer hij het met deze voorwaarden niet eens is, de betrokken patiënt uit de proefneming neemt en verder naar zijn beste weten behandelt.
Het spreekt vanzelf dat ook om andere redenen te allen tijde de proef kan worden afgebroken.

PIJL.AGE J11

ADVIESAANVRAGEN aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid:

- n.a.v. rapport Commissie Alternatieve Geneeswijzen (april 1983)
- betreffende substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen (juli 1984)



MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUW

Nat. Raad v/d Vgzh.
NV.

AAN: de Voorzitter van de Nationale Raad
voor de Volksgezondheid J.C. van
Markenlaan 5 2285 VL RIJSWIJK

fc:i 12 APR. 1983

I»bch.assi^

lebeh naar- rt

j.* WEU. uaai. ^

jw brief : ons kenmerk :Nr. 181643

j w kenmerk:

J)G Vgz/GBO/PMBO

dtum:

Leidschendam,
7 april 1983

jno> -verp : Rapport Commissie
Alternatieve Geneeswijzen

Onlangs Bocht ik net D een gesprek hebben over het rapport vaa de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG) en het daarop uitgebrachte Regeringsstandpunt, en met name inzake het gevolg geven aan de eerste aanbeveling in het rapport opgenomen over het instellen van een commissie, die de Regering zou moeten "adviseren over de uitwerking en uitvoering van door de CAG gedane aanbevelingen en over de aan de orde komende vraagstukken net betrekking tot alternatieve geneeswijzen".

De gedachten gaan er naar uit, dat aan deze aanbeveling uitvoering gegeven zou kunnen worden door het instellen van een commissie van Uw Raad, zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid onder b, van de Gezondheidswet, waarvan naast enige representatieve vertegenwoordigers van de reguliere geneeskunde ook enige beoefenaren van alternatieve geneeswijzen deel zouden uitmaken.

Een suggestie voor de taak van zulk een commissie zou in het algemeen kunnen luiden het voorbereiden van Raadsadviezen inzake aangelegenheden en vraagstukken met betrekking tot alternatieve geneeswijzen, mede gelet op de reeds aan de Raad voorgelegde en wellicht nog voor te leggen vragen aangaande het opnemen van misschien als alternatief te kwalificeren beroepsgroepen In het ontwerp-W«t op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Voor één «speet vraag ik Uw bijzondere aandacht.

In het regeringsstandpunt ten aanzien van het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen heeft het toenmalige Kabinet geconstateerd dat de spoed waarop de Commissie met betrekking tot het opnemen van bepaalde vormen van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket heeft aangedrongen in mindere mate geboden is.

Daarbij heeft met name een rol gespeeld dat particuliere ziektekostenverzekeraars in toenemend* mate de kosten in verband met deze geneeswijzen (aanvullend) verzekeren.

Gelet op de noodzaak oa in de huidige financieel-economische situatie «en terughoudend beleid te voeren ten aanzien van uitbreidingen van de collectieve lasten terzake van de ziekenfondsverzekering kan ik deze zienswijze onderschrijven.

Co"»ponM<w* umiuncnd ficin*n MA h« won*d>n. m«

»*« «* d«um «n MI kimrwfi wn Mn fw<

Pentdm HijtmHm: Ponbul
M06 İ280 HK HUSWUK
TE!..: (0701 M S393/M 1233

BC - Sir W. ChureKHIMn JM
H • Sir W. Cnurchillun 362
M - Si**nvoere«iMn 370
N • J C » Mv^nifnS

r>MUdr*t UttfMMnOwn
2260 AK UIDSCHENOAM
TEL: (8701 20«M

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR

blad 2 kennltrk nr. J81643
DG Vgz/GBO/PMBO

Ik zou het daarom op prijs stellen, indien aan de in te stellen commissie ook als taak zou worden meegegeven het verrichten van een vergelijkende studie van de huidige verzekeringsmogelijkheden. Het gaat daarbij onder meer om verzekeringsvoorwaarden van de particuliere markt, zoals hoogte van de premie, toegang tot de verzekering en dergelijke. Ik acht een dergelijke studie met name ook daarom van belang omdat het daardoor mogelijk wordt voor de burger om beter inzicht te vererven in de verzekeringsmogelijkheden, waarbij ook gedacht wordt aan de ziekenfondsverzekerden waar het betreft de mogelijkheden om zich particulier aanvullend te verzekeren tegen bovengenoemde risico's onder meer bij de aanvullende ziekenfondsverzekering. Daarnaast kan aan de hand van deze studie en het advies van Uw Raad daaromtrent worden bezien of en in hoeverre er aanleiding bestaat om in overleg met de verzekeraars aanpassingen te bevorderen c.q. in leemten te voorzien.

Door het instellen van een dergelijke commissie door Uw Raad zou uitvoering zijn gegeven aan het door de Regering ingenomen standpunt met betrekking tot de aanbeveling 1 van de CAG.

In verband met de omstandigheid, dat de aanvullende ziekenfondsverzekering in de beschouwing zal dienen te worden betrokken verzoek ik U terzake van het commissariaal beraad, overleg te plegen met de Ziekenfondsraad. Een afschrift van deze brief heb ik doen toekomen aan de Ziekenfondsraad.

De Staatssecretaris van Welzijn,
Volksgezondheid en Cultuur,



(Dr. J. van der Reijden)

Vergaderjaar 1983-1984

17481 Alternatieve geneeswijzen

Nr. 20 **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID
EN CULTUUR**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Leidschendam, 10 september 1984

Tijdens het op 5 september 1983 met de vaste Commissie voor Volksgezondheid uit de Tweede Kamer gevoerde overleg aangaande alternatieve geneeswijzen heb ik naar aanleiding van de gewijzigde motie-Terpstra c.s. (17481, nr. 15) toegezegd dat ik de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad zou vragen om een fundamenteel onderzoek, ten einde vast te stellen of het substitutie-effect zich in de praktijk voordoet.

Hierbij doe ik u afschrift toekomen van mijn brieven ter zake, gericht aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad.

De staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, J. P.
van der Reijden

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR

Aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid Leidschendam,

24 juli 1984

1. Met mijn brief van 7 april 1983, DG Vgz/GBO/PMBO nr. 181643, inzake bovenvermeld onderwerp heb ik u meegedeeld dat als één van de taken van de uwerzijds op grond van artikel 9, eerste lid, onder b, van de Gezondheidswet in te stellen commissie onder meer in aanmerking zou kunnen komen het verrichten van een vergelijkende studie van de huidige verzekeringsmogelijkheden. In verband met de omstandigheid dat de aanvullende ziekenfondsverzekering in de beschouwing zou dienen te worden betrokken heb ik u daarbij verzocht ter zake van het commissoriaal beraad overleg te plegen met de Ziekenfondsraad.

Voor de goede orde zij voorts nog vermeld dat mijn verzoek om bovenvermelde studie in het bijzonder werd ingegeven enerzijds door het feit dat particuliere ziektekostenverzekeraars in toenemende mate de kosten in verband met deze geneeswijzen (aanvullend) verzekeren. Anderzijds heeft daarbij een rol gespeeld dat het in de huidige financieel-economische situatie noodzakelijk is een terughoudend beleid te voeren ten aanzien van de collectieve lasten ter zake van de ziekenfondsverzekering.

Zoals u bekend zal zijn, heb ik de Tweede Kamer der Staten-Generaal in het kader van de voorbereiding van het overleg met de vaste Commissie voor de Volksgezondheid, dat inmiddels op 5 september 1983 heeft plaatsgevonden, geïnformeerd over de aan uw Raad voorgelegde vragen.

2. Tijdens dit overleg met de vaste commissie is, zoals u zal zijn gebleken uit het verslag van dat overleg (Handelingen, Tweede Kamer, zitting 1982-1983, UCV 51) aandacht besteed aan de mogelijkheden om alternatieve geneeswijzen op te nemen in het ziekenfondspakket. Dit heeft uiteindelijk geleid tot aanvaarding van de gewijzigde motie-Terpstra c.s. (17481, nr. 15). Zoals u ook bekend zal zijn heeft bij de beslissing van het kabinet om niet over te gaan tot inpassing van deze geneeswijzen in het ziekenfondspakket een belangrijke rol gespeeld dat een dergelijke uitbreiding van dat pakket aanleiding zou geven tot meerkosten, hetwelk in de huidige financieel-economische situatie niet aanvaardbaar kan worden geacht.

In de discussie met de leden van de vaste commissie is uitvoerig aan de orde geweest de vraag of het opnemen van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket inderdaad zal leiden tot meerkosten, mede gezien de van een dergelijke uitbreiding te verwachten aanzuigende werking. Een aantal leden meende dat evenzeer sprake zou kunnen zijn van een substitutie-effect. In het overleg werd vastgesteld dat gegevens om een en ander te toetsen in feite ontbreken. Bij de beslissing van de toenmalige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (verwoord in de brief van 23 juni 1982) om voorshands niet over te gaan tot opnemings van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket hebben met name ervaringen, opgedaan met andere uitbreidingen van het verstrekkingenpakket, een rol gespeeld.

Ter beantwoording van de vraag of sprake zal zijn van meerkosten dan wel van substitutie was op het moment van de discussie alleen beschikbaar het maandbericht gezondheid (CBS) 83/10, dat gegevens bevat betreffende gezondheidsbestand en medische consumptie uit de Gezondheidsenquête 1981/1982. Daarin wordt geconcludeerd dat gebruikers van alternatieve geneeswijzen evenveel gebruik maken van reguliere geneeswijzen als anderen. Vermeld zij voorts dat een artikel inzake «Alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket geen kostenbesparing» van de hand van P. A. G. van Bergeijken F. T. Schut (ESB 30-11-1982, no. 3434) deze conclusie lijkt te onderschrijven.

3. Het komt mij voor dat het van belang is dat - meer - duidelijkheid wordt verkregen omtrent de vraag of het opnemen van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket aanleiding zou geven tot meerkosten

dan wel dat sprake zou kunnen zijn van gelijkblijvende kosten respectievelijk van een verlaging van kosten als gevolg van het optreden van substitutie-effecten. Ik heb daarom, gelet op de nadrukkelijke wens van de commissie meegedeeld, dat ik - in aanvulling op de vraag welke in de adviesaanvraag van 7 april 1983 werd gesteld naar de huidige verzekeringsmogelijkheden - zou vragen om een fundamenteel onderzoek teneinde vast te stellen of het substitutie-effect in de praktijk werkt.

Gezien de adviesaanvraag van 7 april 1983 aan uw Raad acht ik het gewenst deze vraagstelling in eerste aanleg aan u voor te leggen met het verzoek het in te stellen onderzoek uit te voeren in commissoriaal overleg met de Ziekenfondsraad.

4. In mijn meergenoemde brief van 7 april 1983 heb ik er melding van gemaakt dat particuliere ziektekostenverzekeraars in toenemende mate kosten die verband houden met alternatieve geneeswijzen (aanvullend) verzekeren. Het is te verwachten dat deze verzekeraars met deze aangelegenheid inmiddels enige ervaring hebben opgedaan, welke wellicht de basis zou kunnen zijn voor het antwoord op de vraag of het verzekeren van deze geneeswijzen heeft geleid tot meerkosten dan wel dat veeleer bij de betrokken verzekerden sprake was van een duidelijke keuze tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen. In dat laatste geval zou derhalve sprake zijn van substitutie-effecten.

Gaarne verneem ik uw visie op de in deze adviesaanvraag opgenomen vraagstelling. Ik ga er daarbij vanuit dat bij de ter zake te verrichten werkzaamheden alsmede het in te stellen onderzoek de Ziekenfondsraad zal worden betrokken. Ik moge u tenslotte voor nadere informatie verwijzen naar de Handelingen van de Uitgebreide Commissievergadering inzake Alternatieve geneeswijzen van 5 september 1983 (UCV 51).

De staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
J. P. van der Reijden

BIJLAGE IV

STICHTING CENTRUM VOOR GEÏNTEGREERDE GENEESKUNDE TE
WINTERSWIJK

- Brief van de Vice-Voorzitter van de Gezondheidsraad
aan de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid dd
24 juni 1988
- Stichting CGG: Brochure 'Samenwerkingsproject van
reguliere en alternatieve artsen'; Winterswijk 1990

Vice-vooniiter

Aan de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid
 Prof drs J van Londen
 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
 Postbus 5406
 2280 HK RIJSWIJK

Onderwerp : Stichting CGG te Winterswijk
 uw kenmerk : -
 Ons kenmerk : U3611/G1/WV 201-Q4
 Bijlagen : -
 Datum : 24 juni 1988

Het afgelopen jaar heeft de Commissie Alternatieve Behandelingen van de Gezondheidsraad op verzoek van de directeur van de Stichting Centrum Geïntegreerde Geneeskunde te Winterswijk een aantal malen contact gehad met een delegatie uit de Werkgroep Medische Functie-ontwikkeling van dit centrum. Heden van dit contact was dat het CGG ter ore was gekomen dat aan de Gezondheidsraad was gevraagd 'aan te geven met welke onderzoeksmethodieken de effectiviteit van (de verschillende stromingen in) de alternatieve behandelingswijzen naar het oordeel van de Raad redelijkerwijs aantoonbaar kan worden gemaakt' en men zich graag kandidaat stelde voor de uitvoering van de door de commissie te ontwikkelen onderzoeksvoorstellen. In deze besprekingen werd gaandeweg duidelijk dat het, gezien de feitelijke situatie met betrekking tot het centrum te Winterswijk, voorlopig mogelijk noch verantwoord lijkt in het centrum enigerlei wetenschappelijk patiëntgebonden onderzoek uit te voeren. Wel kan de meerderheid der commissieleden in principe steun verlenen aan de plannen tot het opzetten van een centrum zoals deze haar in de vergadering met de delegatie uit 'Winterswijk op 25 april jl. zijn voorgelegd.

Postadres
 Postbus 90517
 2509 LM VGravenhage
 Telefoon (070) 47 14 41

I V
^{^1} *m f^jm*
^{^^} *M ^^f*

Bezoekadres
 Prinses Margrieplasso 20
 's-Gravenhage



Vice-voorzitter

Onderwerp : Stichting CGG te Winterswijk
Ons kenmerk : U3611/G1/WV 201-Q4
Bladzijde : 2
Datum : 24 juni 1988

De commissie beschouwt de opzet van het centrum als zodanig als wetenschappelijk project; de samenwerking tussen reguliere en alternatieve artsen zoals men zich deze voorstelt ziet men als onderdeel van het experiment. Aan de Stichting CGG is daarom door een der commissieleden het advies gegeven uit te zien naar mogelijkheden de naam in deze zin bij te stellen. Bij haar instemming met deze plannen wenst de commissie evenwel enkele duidelijke kanttekeningen te maken.

- 1 Het CGG zal zijn doelstellingen concreet moeten formuleren.
- 2 Een eventuele overheidssubsidie moet in tijd en geld beperkt zijn.
- 3 Het project moet na 2 a 3 jaar geëvalueerd worden.
- 4 Ten behoeve van de sub 3 bedoelde evaluatie zullen tevoren duidelijke criteria dienen te worden vastgesteld.
- 5 Aan het project zal een wetenschappelijke begeleidings/adviescommissie moeten worden toegevoegd waarin tenminste een clinicus en een deskundige op het gebied van beleid en management van de gezondheidszorg zitting hebben.
- 6 Indien bij de evaluatie blijkt dat het centrum niet aan de gestelde criteria voldoet, zal voortzetting van enigerlei subsidiëring zinloos zijn.

Gezien het enthousiasme en de volharding van de initiatiefnemers en hun open oor voor kritiek verwacht de commissie dat het project, indien aan bovengenoemde voorwaarden wordt voldaan, een redelijke kans van slagen heeft.



mw dr E Borst-Eilers

Samenwerkingsproject van reguliere en alternatieve artsen



*Centrum voor
Geïntegreerde
Geneeskunde*

Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde

Geïntegreerde geneeskunde in Winterswijk

In de regio rond Winterswijk heeft een bijzonder initiatief gestalte gekregen: een samenwerkingsproject van reguliere en alternatieve artsen.

Op 1 september 1990 is namelijk het Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde in Winterswijk officieel van start gegaan.

Het centrum is gevestigd in een vleugel van het voormalige St. Elisabeth-Ziekenhuis aan de Vredensweg 79 in Winterswijk; telefoon 05430-20355.

Het verzorgingsgebied van het CGG omvat voor Overijssel: Twente en Salland; voor Gelderland: de Achterhoek en de Liemers.

Waarom dit Centrum?

Het CGG in Winterswijk is een wetenschappelijk gefundeerd instituut, waarbinnen positieve elementen van de reguliere en alternatieve geneeswijzen in projectvorm gecombineerd worden, in collegiaal overleg met Inachtneming van en met respect voor eikaars opvattingen.

Collegiaal — want de in het CGG werkzame 'alternatieve' artsen zijn in de eerste plaats universitair opgeleide artsen. Het Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde onderzoekt of deze combinatie van behandelmethoden werkelijk een toegevoegde waarde geeft aan de zorg voor de patiënt.

In 1981 heeft de commissie Muntendam (Commissie Alternatieve Geneeswijzen) al geschreven dat 'Voor de uitoefening van de alternatieve geneeskunde een integratie met de reguliere geneeskunde dient te worden nagestreefd'.

De Stichting CGG, daarop inhakend, wil er aan werken dat het goede van beide vormen van diagnostiek en therapie met elkaar in verband wordt gebracht.

Wetenschappelijke evaluatie

Het CGG is het eerste instituut in Nederland voor wetenschappelijke evaluatie op het gebied van samenwerking tussen reguliere en alternatieve artsen.

Het initiatief wordt van diverse zijden gesteund. Zo is de begeleiding in de voorbereidingsperiode (die vier jaar geduurd heeft) gegeven door de

Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde

Vakgroep Moleculaire Celbiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht (Transferpunt Geïntegreerde Geneeskunde). Er is intensief overleg geweest met het Ministerie van WVC en de Gezondheidsraad. Uiteindelijk heeft deze Raad een positief advies gegeven over de opzet van de organisatie en het medisch werkplan.

Behandelprojecten

In eerste instantie is het de opzet om te starten met de volgende vier behandelprojecten:

- chronische lage rugklachten
- perifere doorbloedingsstoornissen
- chronische hoofdpijnen.
- chronische functionele buikklachten

De bedoeling is dat de *artsen hun patiënten verwijzen* naar de polikliniek van het CGG. Het centrum is dus niet 'drempelloos toegankelijk'.

De werkwijze

- * De verwijzend arts, die geïnformeerd is met betrekking tot de in- en uitsluitingscriteria, stuurt een volledig ingevuld aanmeldingsformulier voor het betreffende project aan het CGG met persoonsgegevens van de patiënt en diens medische historie. Dit zal in sommige situaties aanleiding geven tot hernieuwd lichamelijk en laboratoriumonderzoek, indien dit niet recent of niet volledig is gebeurd.
- * De patiënt wordt uitgenodigd voor een eerste bezoek. Een intake-arts van het CGG legt uit dat de behandeling in een project plaatsvindt. De anamnese wordt eventueel uitgebreid en aangevuld. Er kan aanvullend onderzoek worden gedaan.
- * De intake-arts meldt aan het medisch team van het CGG wat zijn bevindingen zijn en deelt de patiënt in een behandelproject in. De vier mogelijkheden hiervoor zijn: acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeswijze en neuuraaltherapie. (Het medisch team komt voor deze besprekingen eens per week bij elkaar). De huisarts wordt op de hoogte gebracht.
- * De effecten daarvan worden onderzocht en met elkaar, én met een wachtlijstcontrolegroep, vergeleken. De desbetreffende therapie zal als een 'black box' worden bestudeerd, wat wil zeggen dat de behandel-

Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde

strategie geen onderdeel van het onderzoek vormt. Dat wordt overgelaten aan de bekwaamheid van de alternatieve arts, die als afgevaardigde van zijn/haar beroepsvereniging optreedt.

- * Voor en na de behandelperiode, vinden metingen plaats door middel van een vragenlijst en de geïndiceerde onderzoeken.
- * Binnen het team heeft de eindevaluatie plaats, waarna de verwijzer de gebruikelijke ontslagbrief krijgt.
- * Zes maanden en een jaar na afronding van de therapie worden follow-up metingen uitgevoerd.

Centraal in dit onderzoek staan vragen naar de waarde van de alternatieve therapievormen. Het doel is veranderingen te meten die betrekking hebben op het psycho-biologisch welbevinden, de mate waarin de klachten veranderd zijn en het medisch consumptief gedrag. Ook zal worden nagegaan welke patiëntkenmerken samenhangen met het resultaat.

Overleg met de patiënt en diens huisarts

De hiervoor geschetste gang van zaken is uiteraard geen wet van Meden en Perzen. Zowel de patiënt als de behandelend arts (in overleg met de patiënt!) kunnen de behandeling tussentijds staken of wijzigen.

De aan het CGG verbonden artsen vervullen bij toerbeurt de functie van intake-arts. Dat wil niet zeggen dat deze arts per definitie de behandelend arts is.

Niet alleen aan het eind van de behandeling, maar zonodig ook tussentijds, wordt de verwijzend arts regelmatig op de hoogte gehouden over het verloop van de therapie en de effecten ervan. Dit bevordert niet alleen een goede verstandhouding tussen de artsen van het CGG en de verwijzers, maar ook de relatie tussen de verwijzend (huis)arts en de patiënt blijft op die manier optimaal.

Resultaten

Omdat het CGG een wetenschappelijk instituut is, zullen de resultaten van de behandelingen ook op dat niveau geëvalueerd worden.

Dat zal (hopelijk) tot gevolg hebben dat een structurele samenwerking tot stand komt tussen de reguliere en de alternatieve geneeswijzen. Bovendien verwacht het CGG dat voor bepaalde ziektebeelden 'behandelings-

Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde

blauwdrukken' kunnen worden gemaakt, die aan de reguliere geneeskunde worden toegevoegd. Belangrijk voor de hele medische wetenschap is, dat er duidelijkheid komt over bepaalde behandelwijzen en dat er kwaliteitseisen worden gesteld.

Voor nascholingsprogramma's en het opzetten en uitbreiden van een documentatie- en vraagbaakcentrum wil het CGG zich eveneens inzetten. Op die manier zal een wezenlijke bijdrage geleverd kunnen worden aan het ideaal, dat voor de gezondheidszorg in Nederland het behoud van één medische wetenschap van het grootste belang is.

IN- EN UITSLUITINGSCRITERIA

A. Project chronische 'lage rugpijn'

Insluitingscriterium:

- patiënten met chronische lage rugpijn, al dan niet uitstralend.

Uitsluitingen:

- myeloom/wervelmeta's
- osteoporose/osteomalacie (ernstige vormen van -)
- m. Paget; Bechterew; R.A. (ernstige vormen van -)
- viscerale oorzaak (bijv. aneurysma, nierpathologie, gynaecologische pathologie)
- acute (of chronische) spinale of radiculare problematiek (trauma, ontsteking, tumor, herniatie, degeneratieve afw.) Eventueel eerst overleg met neuroloog.
- recente fracturen.

Met betrekking tot deze uitsluitingen dient, voor zover nodig, aanvullende diagnostiek te hebben plaatsgevonden (bijv. röntgenonderzoek, consult neuroloog of orthopeed), alvorens de patiënt in aanmerking komt voor deelname aan het behandelproject.

Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde

B. Project chronische buikklachten

InsluUngscrileria:

- Onder functionele buik(pijn)klachten verstaan we klachten betreffende de tractus digestivus. waarvoor geen organische verklaring kan worden gevonden. Voor het merendeel betreft het klachten van buikpijn, die echter kunnen samengaan met een scala van klachten zoals slikklachten. zuurbranden. boeren, misselijkheid, braken, rumineren. rommelingen of een opgezet gevoel in de buik, anale pijn. flatulentie, diarree danwei obstipatie.
- Voor het onderzoeksproject komen in aanmerking Nederlandstalige mannen en (niet zwangere) vrouwen van 18-70 jaar met bovengenoemd klachtenpatroon, waarbij de verwijzer (huisarts/specialist) zorgvuldig aan de hand van onderstaand aanmeldingsformulier een organische oorzaak heeft uitgesloten.

Uitsluitingen:

- organische oorzaken in het MDK. bijv. bacteriële, virale of parasitaire infecties, allergieën, intoxicaties. enzymdeficiënties, resorptiestoornissen. hormonale stoornissen, hypersecretie van maagzuur, darmresectie, vagotomie, D.M., ischaemie (angina abdominalis) diversiculose (itis), nieuw vormingen of andere stenoserende processen, chronische ontstekingen (chronische colitis ulcerosa) congenitale afw.
- oorzaken buiten het MDK bijv. adhesies. gynaecologische pathologie, aneurysma. buikwandneuralgie.

Met betrekking tot deze uitsluitingen dient, voor zover nodig, aanvullende diagnostiek te hebben plaatsgevonden (veelal consult internist), alvorens de patiënt in aanmerking komt voor deelname aan het behandelproject.

Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde

C. Project chronische hoofdpijn

Insluitingscriterium:

- chronisch bestaande hoofdpijn van het type spanningshoofdpijn of migraine, danwei een combinatie van beide types bij patiënten van 18 tot 70 jaar.

Uitsluitingen:

- 1 overige hoofdpijnen
 - neuralgie (trigeminus etc.)
 - Horton
 - tumor cerebri: wervelmeta's
 - septische arthritis. spondylitis
 - infecties van het CZS
 - ernstige hypertensie
 - arteriitis temporalis
 - intoxicaties (CO; medicatie: C₂H₅OH: verslaving)
 - interne ziekten (bijv. anemie. hypoglycemie)
 - recente traumata - fracturen van schedel en CWK
 - odontogene oorzaken
 - K.N.O., oogheekundige pathologie
- 2 cerebrale circulatie stoornissen bijv. TIA's/CVA (trombose of haemorrhagiej/vertebrobasilaireinsufficiëntie
- 3 cervicale myelopathie
- 4 congenitale a/w. CZS, schedel of CWK
- 5 ernstige stenose van het cervicale kanaal of vernauwde foramina t.g.v. spondylarthrose
- 6 radiculo-, neuro-, myelopathieën in het halsgebied.

Met betrekking tot deze uitsluitingen dient, voor zover nodig, (danwei na overleg met een neuroloog), aanvullende diagnostiek (bijv. consult neuroloog. K.N.O.-arts. oogarts) te hebben plaatsgevonden, alvorens de patiënt in aanmerking komt voor deelname aan het behandelproject.

Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde

D. Project perifere arteriële doorbloedingsstoornissen in de benen.

Insluitingscriterium:

- claudicatio intermittens als uiting van perifere arteriële doorbloedingsstoornissen. Klachten van moeheid of pijn in de benen, welke optreden bij lopen afhankelijk van tempo en afstand, verdwijnen bij stilstaan, verergeren in de kou, bij opvoeren van het looptempo, bij oplopen van een helling.

Uitsluitingen:

- 1 perifere neuropathie; neurologische oorzaken
- 2 postphlebitisch syndroom; veneuze oorzaken
- 3 arthrogene oorzaken
- 4 cardiale insufficiëntie - ernstige ritmestoornissen
- 5 ernstige pulmonale insufficiëntie
- 6 (ernstige) infecties
- 7 stollingsstoornissen (bijv. trombocyten afwijkingen)
- 8 verslaving analgetica
- 9 maligne aandoeningen
- 10 andere oorzaken welke het lopen onmogelijk maken • 11 aneurysmata

Met betrekking tot deze uitsluitingen dient, voor zover nodig, aanvullende diagnostiek te hebben plaatsgevonden (bijv. echo aorta, stollingsstatus, arteriële doppler van de benen, consult vaatchirurg). alvorens de patiënt in aanmerking komt voor deelname aan het behandelproject.

Informatie

Het CGG wil als eerste instituut in Nederland proberen op wetenschappelijk verantwoorde wijze een brug te slaan tussen de reguliere en alternatieve geneeswijzen, waarbij altijd het doel is: een betere behandeling van de patiënt.

Informatie en uitgebreide documentatie over de werkwijze van het Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde kunt u bestellen bij het CGG. postbus 377, 7100 AJ Winterswijk, telefoon 05430-20355.

BIJLAGE V

POLITIEK EN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN IN DE JAREN
TACHTIG

- Chronologisch overzicht openbare stukken en redevoe
ringen waarin alternatieve behandelwijzen aan de
orde zijn gesteld (1980-1990)
- Enkele citaten

CHRONOLOGISCH OVERZICHT OPENBARE STUKKEN EN REDEVOERINGEN
WAARIN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN AAN DE ORDE ZIJN GESTELD
(1980-1990)*

1. januari '81: Rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (Cie Muntendam)
2. juni '82: Regeringsstandpunt n.a.v. sub 1 bedoeld rapport
3. december '82: 1^e versie adviesaanvraag aan Gezondheidsraad (GR)
4. april '83: Adviesaanvraag aan Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, zie bijlage III)
5. juli '83: Kamervragen n.a.v. het regeringsstandpunt **(2)**
6. augustus '83: Antwoorden op sub 5 bedoelde vragen
7. september '83: Uitgebreide Commissie Vergadering (UCV) over Alternatieve Geneeswijzen; moties verschillende leden
8. oktober '83: Adviesaanvraag aan GR (zie hoofdstuk 1 van dit advies)
9. oktober '83: Gewijzigde motie
10. april '84: Kamervragen betreffende samenstelling GR-commissie
11. juli '84: Antwoord Staatssecretaris op sub 10 bedoelde Kamervragen
12. juli '84: Aanvullende adviesaanvraag aan NRV (zie bijlage III)
13. september '84: Memorie van Toelichting bij begroting voor 1985

De volledige referenties van het merendeel van de hier aangeduide stukken zijn te vinden in de literatuurlijst bij het advies (hoofdstuk 21).

14. oktober '84: Voorzitter GR + Algemeen Secretaris GR discussiëren met Vaste Commissie over samenstelling GR-cie. (besloten vergadering, geen verslag)
15. december '84: Brief Staatssecretaris aan Nederlandse Werkgroep van Praktizijns (NWP)
16. december '84: Voortgangsrapportage Alternatieve Geneeswijzen (Staatssecretaris van WVC aan Voorzitter Tweede Kamer)
17. januari '85: Mondeling overleg alternatieve geneeswijzen n.a.v. voortgangsrapportage (Staatssecretaris + DGVgz c.s. - Vaste Commissie)
18. juni '85: Aanvullende informatie Staatssecretaris t.b.v. Vaste Commissie (o.a. betr. normen/criteria bij de beoordeling van subsidieverzoeken inzake onderzoek m.b.t. alternatieve geneeswijzen)
19. juni '85: Kamervragen betr. ziekenfondsvergoeding van alternatieve geneeswijzen; antwoord Staatssecretaris
20. september '85: Brief Staatsecretaris aan Voorzitter GR betr. beoordelen van onderzoeksvoorstellen door GR-commissie
21. oktober '85: Brief Staatssecretaris aan Voorzitter NRV betr. verzekeringsmogelijkheden alternatieve geneeswijzen; herhaling vraag om advies inzake substitutie (zie punt 12)
22. november '85: Interim-rapportage CAG/NRV
23. januari '86: Brief Staatsecretaris aan Voorzitter GR: z.s.m. advies
24. februari '86: Rede Staatssecretaris op NOVAG-congres
25. februari '86: Voortgangsrapportage Alternatieve Geneeswijzen (Staatssecretaris aan Voorzitter Tweede Kamer)
26. maart '86: Rapport NRV 'Beroepsorganisaties Alternatieve Geneeswijzen: een inventariserend onderzoek'
27. april '86: Reactie AAG/LOPAG op Voortgangsrapportage Alternatieve Geneeswijzen
28. april '86: WVC: Nota 2000

29. april '86: Advies NRV over (sub 26 bedoeld) rapport
30. mei '86: Beroepsorganisaties Alternatieve Geneeswijzen
31. Bespreking Voorzitter en Vice-Voorzitter
GR, Vice-Voorzitter en Secretaris GR-commissie met Staatssecretaris WVC c.s. (zie paragraaf 1.4 van dit advies)
32. december
33. '86: Brief Staatssecretaris aan NRV als reactie op sub 29 bedoeld advies
34. september Rapport NRV 'Kwantitatieve betekenis alternatieve geneeswijzen in de jaren '80'
35. '87; Toelichting begroting WVC '88
36. september Kamervragen + antwoorden n.a.v. de begroting (33)
37. '87: Rede Staatssecretaris WVC op LOPAG-congres (gepubliceerd in de Staatscourant)
38. september Advies NRV en ZFR over mogelijkheden van onderzoek substitutie-effecten/verzekerbaarheid alternatieve geneeswijzen
- '87: Nota Onderzoeksbeleid Volksgezondheid
- november '87: Brief Vice-Voorzitter GR aan DG-Volksgezondheid betreffende coördinatiepunt (zie bijlage X)
- januari '88: Brief Vice-Voorzitter GR aan DG-Volksgezondheid betreffende het Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde te Winterswijk (zie bijlage IV)
- j anuari '88; Brief DG-Volksgezondheid aan Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg betreffende de betekenis van alternatieve geneeswijzen voor de toekomst van de gezondheidszorg
- juni '88: Inleiding beleidsambtenaar WVC bij congres Stichting Anthroposofisch Medisch Onderzoek (SAMO)
39. juni '88: Toelichting begroting WVC '89
40. juni '88: Kamervragen n.a.v. de begroting
- Antwoord Staatssecretaris (op vragen bedoeld sub 43)
41. september '88:
42. september '88:
43. oktober '88:
44. november '88:

45. januari '89: Toelichting Staatssecretaris WVC op wijziging Besluit farmaceutische hulp ziekenfondsverzekerden
46. februari '89: Beleidsnota Reumabeleid Staatssecretaris WVC aan Voorzitter Tweede Kamer
47. mei '89: Wijziging Besluit Farmaceutische hulp Ziekenfondsverzekering
48. augustus '89: Politiek Manifest Koepeloverleg Alternatieve Geneeswijzen
49. september '89; Toelichting begroting WVC '90
50. september '89: Ontwerp HOOP 1990-1991 (bijlage bij begroting Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen)
51. september '89; Onderzoeksprojecten Volksgezondheid 1988-89. Uitgave Stafbureau Beleidsontwikkeling, Sectie Onderzoeksbeleid, Ministerie van WVC
52. november '89; Inleiding beleidsambtenaar WVC op Symbiont Congres 'Professionalisering binnen de Gezondheidszorg '
53. december '89: Advies Geneesmiddelencommissie inzake registratie homeopathische/anthroposofische geneesmiddelen
54. januari '90: Vragen Vaste Commissie voor de Volksgezondheid betreffende (o.a.) registratie homeopathische en anthroposofische geneesmiddelen
55. januari '90: Antwoorden op vragen bedoeld sub 54
56. januari '90: Amendementen op begroting WVC '90
57. februari '90: Opdracht van WVC aan Bureau Research voor Beleid voor evaluatie onderzoeksbeleid alternatieve geneeswijzen
58. maart '90: Kamervragen betreffende enzympreparaten
59. mei '90: Antwoorden op sub 58 bedoelde vragen
60. mei '90: Schrijven Staatssecretaris WVC aan Stichting Registratie Alternatieve Beroepsbeoefenaren (SRBAG) betreffende staken subsidie
61. mei '90; Nota Werken aan Zorgvernieuwing (WAZ) (bewindslieden WVC aan Voorzitter Tweede Kamer)

62. mei '90: Brief Geneesmiddelencommissie aan Staatssecretaris van WVC betreffende registratie homeopathische en anthroposofische geneesmiddelen
63. juni '90; Kamervragen betreffende beleid alternatieve geneeswijzen en reorganisatie ten departemente
64. juni '90: Concept-beleidsplan Ontwikkelingsgeneeskunde
- 65a juli '90; Presentatie resultaten NIVEL-onderzoek naar samenwerking reguliere en alternatieve genezers
66. augustus '90: Antwoorden op sub 63 genoemde vragen
67. augustus '90: Schrijven van Voorzitter CAG/NRV aan Staatssecretaris WVC betr. reorganisatie Hoofddirectie Gezondheidszorg WVC; consequenties voor de alternatieve geneeswijzen
68. augustus '90: Rapport n.a.v. onderzoeksopdracht 57.
69. september '90: Begroting WVC '91
- 70 september '90: NRV: Advies 'Beroepsuitoefening en Opleidingen Alternatieve Geneeswijzen'
71. oktober '90: Kamervragen n.a.v. het Financieel Overzicht Zorg dd september 1990 (o.a. betr. ziekenfondsvergoeding homeopathische en anthroposofische geneesmiddelen)
72. oktober '90: Adviesaanvraag aan Ziekenfondsraad inzake voortgezette opname homeopathische en anthroposofische geneesmiddelen in het verstrekkingspakket
73. oktober '90: Brief Staatssecretaris aan Voorzitter Tweede Kamer betr. verstrekking homeopathische en anthroposofische geneesmiddelen voor ziekenfondsrekening
74. oktober '90: Vragen Vaste Commissie voor de Volksgezondheid betreffende begroting WVC
75. oktober '90: Schrijven bewindslieden WVC aan Voorzitter Tweede Kamer betr. kwaliteit van zorg
76. oktober '90: Mondeling overleg Vaste Commissie voor de Volksgezondheid inzake vaststelling begroting WVC
77. november '90: Antwoorden op vragen naar aanleiding van het Financieel Overzicht Zorg (zie 71)

78. november '90: Motie betreffende homeopathische en anthroposofische middelen
- 7g. november '90: Jaarverslag 1989 GHI maakt (voor het eerst) melding van alternatieve geneeswijzen
80. november '90: Notitie over het voorgenomen beleid inzake de pijnbestrijding van Staatssecretaris WVC aan Voorzitter Tweede Kamer
81. november '90: Directeur-Generaal voor de Volksgezondheid in Medisch Contact (1990; 48: 1438-9): De visie van Volksgezondheid: 'Samenwerking tussen alternatieve hulpverleners basis voor samenwerking met de reguliere zorg'.

CITATEN UIT DE HIERVOOR GENOEMDE OPENBARE STUKKEN EN REDEVOE-
RINGEN WAARIN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN AAN DE ORDE ZIJN GE-
STELD

Ad 1. Aanbevelingen CAG: zie bijlage I

Ad 2. Zie ook de adviesaanvraag, pagina 1-3 van dit advies

Ad 5+6. Enkele citaten:

'Met "op enigerlei wijze aantonen" van de werkzaamheid van een behandelingswijze wordt bedoeld het op goede wetenschappelijke gronden aannemelijk maken dat het veronderstelde effect inderdaad is toe te schrijven aan die behandelingswijze, en nagaan onder welke voorwaarden het effect optimaal is' (antwoord op vraag 4)
Vraag 25: De 'scientific community', heeft zich tot nu toe weinig positief ten aanzien van alternatieve geneeswijzen uitgelaten. Toch moeten de door die community aanvaarde onderzoeksmethoden en handelingen oordelen over de mogelijke acceptatie van de alternatieve geneeswijzen. Bestaat desondanks de overtuiging, dat op die manier toch ooit gekomen kan worden tot erkenning vsn (meerdere) alternatieve geneeswijzen? Uit het antwoord op vraag 25:

De Regering heeft gemeend voorshands ervan te moeten uitgaan dat de werkzaamheid van alternatieve behandelingswijzen kan worden onderzocht met dezelfde methoden als die van reguliere behandelingswijzen. Dit in afwachting van het advies van de Gezondheidsraad ter zake. Aldus wordt gepoogd de Forum-functie op het punt van de methodologie van effectiviteitsonderzoek te activeren. Voor zover er geen fundamentele verschillen in opvatting blijken te bestaan over de te hanteren onderzoeksmethoden is daarvan een belangrijke stimulans tot het entameren en subsidiëren van effectiviteitsonderzoek te verwachten. Door langs deze weg een stimulerend beleid te voeren verwacht de Regering een bijdrage te leveren aan een ontwikkeling die kan leiden tot de erkenning van die alternatieve behandelingswijzen die effectief blijken te zijn.'

Vraag 26 luidde: 'Hebben in de Gezondheidsraad medici zitting, die de niet-reguliere geneeskunde beoefenen? Zo niet, is de Regering desondanks de mening toegedaan dat het gevraagde advies vrij zal zijn van vooringenomenheid ten aanzien van de niet-reguliere geneeskunde?'

Wordt het onderhavige vraagstuk meer van wetenschaps-theoretische aard geacht dan van medische aard? Zo ja, (in welke zin) blijkt zulks uit genoemde adviesaanvraag?'

Uit het antwoord: 'De adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad inzake de onderzoeksmethoden impliceert geen uitspraak over de aard van het onderhavige vraagstuk zoals gesuggereerd door de vraagsteller. Een verband tussen wetenschapstheorie en methodologie lijkt hier niet relevant. In het kader van de vraag naar de effectiviteit van alternatieve behandelingswijzen staat hier de vraag naar de te hanteren onderzoeksmethoden centraal en niet de vraag naar de juistheid van theorieën die aan de werkzaamheid van alternatieve behandelingswijzen ten grondslag liggen of de juistheid van wetenschapstheoretische opvattingen.'

Vraag 36: 'Hoe wil de Regering bevorderen, dat de reguliere geneeskunde een integrale benadering van de patiënt zal nastreven?'

Antwoord op vraag 36: 'De regering is van oordeel, dat hieraan binnen de bestaande opleidingen en bij de kwaliteitsbewakende taken met betrekking tot de beroepsuitoefening voldoende aandacht wordt besteed.'

Vraag 45: 'Wordt overwogen maatregelen te nemen ter bevordering van de samenwerking tussen alternatieve en reguliere genezers?'

Antwoord op vraag 45: 'De Regering overweegt niet op eigen initiatief maatregelen te treffen ter bevordering van de samenwerking tussen alternatieve en reguliere genezers. Zij ziet te dien aanzien meer heil in niet van overheidswege opgedrongen toenadering tussen beide groepen doordat reguliere genezers alternatieve geneeswijzen gaan toepassen of doordat beide groepen met elkaar in aanraking komen bij evaluatieprocedures.'

Antwoord op vraag 49: 'De Regering blijft bij haar standpunt dat onderzoek met betrekking tot de antroposofische geneeswijze, met name omdat hier nauwelijks sprake is van een onbevoegdheidsproblematiek, een lage prioriteit verdient. Onderzoek op het gebied van alternatieve geneeswijzen, waarbij een dergelijke onbevoegdheidsproblematiek en/of erkenningenproblematiek wel speelt, heeft aanmerkelijk meer prioriteit, hetgeen in het bijzonder geldt voor gevallen waarbij het gevoelen bestaat, dat de resultaten van gericht onderzoek daadwerkelijk beleidswijzigingen mogelijk zullen maken.'

Vraag 60: 'Is het waar dat in de zin 'Het stellen van zodanige diagnose kan slechts geschieden door artsen', de 'diagnose' impliciet gekoppeld is aan een methodologie die juist betwist wordt, zodat hier een cirkel-

redenering plaatsvindt waar men zich immers op het reeds betwiste beroept?'

Antwoord op vraag 6J: 'Het gaat hier niet om het betwisten van enige methodologie, het gaat hier om het poneren van de stelling dat alleen een arts op grond van zijn kennis van de totale pathologie verantwoord een diagnose kan stellen.'

Uit het antwoord op vraag 67: 'De instemming (....) impliceert niet dat de Regering meent dat het in dit geval op haar weg zou liggen om de opname van alternatieve geneeswijzen in de opleiding van artsen te stimuleren.'

Elders (antwoord vraag 48) staat wel: 'Medisch-ethisch wordt echter voor specifieke behandelingen ook de bekwaamheid vereist.'

Vraag 73: 'Wat stelt de Regering zich voor bij haar gevoelen dat de resultaten van alternatieve geneeswijzen wel "aantoonbaar" moeten zijn?'

Antwoord op vraag 73: 'Met "aantoonbaar" is bedoeld dat de resultaten verifieerbaar en herhaalbaar moeten zijn. Alleen dan kan worden onderzocht of het effect valt toe te schrijven aan de behandeling zelf in plaats van aan andere factoren, die zich veelal geheel of ten dele aan de waarneming onttrekken.'

Antwoord op vraag 76: 'De Regering blijft bij de opvatting dat het instellen van een informatie- en documentatiecentrum voor alternatieve geneeswijzen vanuit de optiek van de wetenschapsbeoefening overbodig is.'

Antwoord op vraag 78: 'Dat reeds bestaande publikaties over alternatieve geneeswijzen vaak te kort schieten in bewijskracht is voor een belangrijk deel te wijten aan het feit, dat het vaak gaat om onderzoek op beperkte schaal, dat door de beroepsbeoefenaren zelf werd uitgevoerd. In het algemeen is de methodologische component (of neutraler geformuleerd: de statistische component) te zwak vertegenwoordigd. Aansluiting bij of koppeling aan een bestaande infrastructuur met adequate epidemiologische en/of statistische ondersteuningsmogelijkheden is dan ook zeker kwaliteitsbevorderend. Dit geldt overigens evenzeer voor effectiviteitsonderzoek met betrekking tot reguliere therapieën.'

Antwoord op vraag 81: 'Informatie over eenmaal aanvaarde alternatieve geneeswijzen, die dan tot de reguliere geneeswijzen zullen kunnen worden gerekend, zal plaatshebben op de voor alle reguliere geneeswijzen gebruikelijke voet in bij voorbeeld het schoolonderwijs bij vakken als hygiëne en biologie.'

Antwoord op vraag 82b: 'Dat er eisen worden gesteld aan de uit te voeren effectiviteitsstudies op het terrein van alternatieve geneeswijzen zou als een (ook voor de reguliere geneeskunde van toepassing zijnde) drempel kunnen worden opgevat. Het feit dat de onderzoekswereld en de beoefenaren van alternatieve geneeswijzen worden uitgenodigd om zelf initiatieven voor dergelijk onderzoek te ontplooien kan echter zeker niet als een opgeworpen drempel worden beschouwd.'

Uit het antwoord op vraag 84: 'Gebleken is dat de aanvragers voor subsidie onvoldoende ervaring hebben met het opzetten en uitvoeren van onderzoek. (....) Ook hieromtrent is de Regering er een voorstander van om bestaande instituten in te schakelen. Binnen het begrotingsartikel beleidsonderbouwend onderzoek zijn ook voor onderzoek op het gebied van alternatieve geneeswijzen gelden beschikbaar.'

Antwoord op vraag 87: 'Het bevorderen, dat in reguliere opleidingen wordt ingegaan op alternatieve geneeswijzen moet geschieden bij voornamelijk onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen ressorterende medische en paramedische opleidingen. Verwacht mag worden, dat in een aantal vakken, zoals beroepsoriëntatie en structuur van de gezondheidszorg, onder verschillende benamingen bij de opleidingen gegeven, aandacht wordt besteed aan alternatieve geneeswijzen.'

Antwoord op vraag 89: 'Indien een aanvullende opleiding (specialisatie) op het gebied van alternatieve geneeswijzen vanwege een representatieve organisatie van artsen wordt erkend als specialisme, kan de aan dat specialisme verbonden titel door de ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en van Onderwijs en Wetenschappen als erkende specialistentitel in het kader van de Wet BIG worden aangemerkt.'

Ad 7. Onder andere:
 '- overwegende, dat het als regel, in het algemeen belang van de volksgezondheid is, dat die alternatieve genezers die geen arts zijn, bevorderen dat hun patiënten contact opnemen met een arts dan wel dat zij dit, in overleg met de patiënt, zelf doen; - verzoekt de Regering, in overleg te treden met die representatieve organisaties van alternatieve genezers, die zulk een bepaling nog niet in hun gedragscode hebben opgenomen, om na te gaan of deze organisaties bereid zijn zulks alsnog te doen;' De Staatssecretaris zegt toe de motie uit te voeren.

Ad 9. 'De Kamer, gehoord de beraadslaging; overwegende, dat de aard van de alternatieve geneeswijzen impliceert dat de gangbare effectmetingen moei-

lijk voor deze geneeswijzen zijn te effectueren; overwegende, dat door ontwikkelingen in de gedragswetenschappen toetsing van het subjectief beleven van patiënten tot de mogelijkheden behoort; verzoekt de regering bij het beoordelen van het effect van geneeswijzen in het kader van een wetenschappelijke toetsing terzake ook de subjectieve waardering van patiënten te laten meespreken, en gaat over tot de orde van de dag. Mik. '

- Ad 13. Citaat: 'In de nota 'Ontwikkelingsplan Hoger Gezondheidszorgonderwijs' zal onder meer worden ingegaan op de vraag op welke wijze binnen het huidige gezondheidszorgonderwijs aandacht kan worden besteed aan alternatieve behandelingswijzen.'
- Ad 15. Citaat: 'Ik moge u er opmerkzaam op maken, dat er in uw brief sprake is van een misverstand. Bedoelde commissie (namelijk die van de Gezondheidsraad) zal zich niet beperken tot alternatieve geneeswijzen, beoefend door artsen; zij zal zich bezighouden met de effectiviteit van alternatieve geneeswijzen in het algemeen.' De Voorzitter van de Gezondheidsraad krijgt een afschrift van deze brief.
- Ad 16. Onder andere:
- 'Terwijl ik in principe bereid ben om in dit stadium al onderzoek met betrekking tot alternatieve geneeswijzen hetzij zelf te subsidiëren dan wel om er elders financiering voor te helpen vinden, blijkt in de praktijk dat het in een aantal gevallen wenselijk is om te wachten op het verschijnen van het aan de Gezondheidsraad gevraagde advies over de voor de vaststelling van de effectiviteit van alternatieve geneeswijzen te hanteren wetenschappelijke onderzoeksmethoden. Het laat zich echter aanzien dat dit advies nog niet op korte termijn kan worden verwacht.'
 - 'In de contacten tussen het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, is er op aangedrongen, dat bij de opleidingen op het gebied van de gezondheidszorg aandacht wordt besteed aan het bestaan van alternatieve geneeswijzen. In een onlangs aan de Minister van Onderwijs en Wetenschappen en mij voorgelegd ambtelijk Rapport ontwikkelingsplan hoger gezondheidszorgonderwijs is hierop gereageerd. In het rapport wordt er op gewezen dat het hoger gezondheidszorgonderwijs niet kan volstaan met een louter terughoudende opstelling ten aanzien van alternatieve geneeswijzen of behandelingsmethode. Onderzocht zal moeten worden waar de mogelijkheden en onmogelijkheden van het hoger gezondheidszorgonderwijs op dit terrein liggen.'
- Ad 17. Enkele citaten uit het verslag:

- 'Is het wel nodig om voor beoordeling van de verzoeken om subsidie voor onderzoek te wachten op advies van de Gezondheidsraad?'

- 'De Staatssecretaris stelde voorop dat de alternatieve behandelwijzen naar zijn mening een positieve benadering verdienen. Het probleem is echter dat nog geen wetenschappelijke methoden zijn gevonden om deze behandelwijzen te rubriceren en te begrijpen. Van een breder wordende kloof tussen de beoefenaars van de reguliere en de alternatieve geneeswijze is volgens de bewindsman geen sprake. Wel valt het tegen wat in de afgelopen tijd is bereikt, ondanks de vele inspanningen.'

- 'Mogelijkheden om de samenstelling van de commissie van de Gezondheidsraad te wijzigen heeft de bewindsman niet. Er worden door deze commissie trouwens wel beoefenaars van alternatieve geneeswijzen gehoord.'

- 'Met betrekking tot de subsidieverzoeken op het terrein van het wetenschappelijk onderzoek zei de Staatssecretaris dat de indruk niet juist is dat met de beoordeling van alle verzoeken gewacht wordt totdat het advies van de Gezondheidsraad is verschenen. Slechts wanneer geen enkele overeenstemming bereikt kan worden zal op dit advies worden gewacht. De onderzoeken op zich zijn evenwel moeillijk te beoordelen vanwege de wijze van formulering.'

- 'Vergoeding van acupunctuur kan alleen geschieden als de effectiviteit vaststaat. De Gezondheidsraad zal hieraan aandacht besteden in haar advies.'

Ad 19. Antwoord van de Staatssecretaris (o.a.):

'De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft mij medegedeeld dat de aan hem gerichte adviesaanvraag met betrekking tot de alternatieve geneeswijzen/substitutie een groot aantal aspecten betreft die in het verleden liggen van de tot de Gezondheidsraad gerichte adviesaanvraag. Immers ten behoeve van de meting van substitutie-effecten dienen eerst methoden te worden ontwikkeld die zullen moeten aansluiten op de methoden die door de Gezondheidsraad worden ontworpen ten behoeve van de effectiviteitsmeting van de alternatieve behandelingswijzen.'

Ad 20. Onder andere: 'Ik zou het dan ook zeer op prijs stellen als de Commissie bereid zou zijn na te gaan of het Transferpunt op enigerlei wijze bij het werk van de Commissie betrokken kan worden.

Verderop: 'Ik neem aan dat het gelegde contact terzake (namelijk betreffende verschillende onderzoeksvoorstellen) tussen de Commissie en het Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid zich zal bestendigen en dat steeds in onderling goed overleg de besluitvorming over de onderhavige subsidieaanvragen kan worden voorbereid.'

- Ad 23. De Staatssecretaris bericht tevens:
 'De houding, die de Commissie tegenover het Transferpunt inneemt, respecteer ik volledig, vanuit het besef van de eigen verantwoordelijkheid van de Commissie in dezen.'
- Ad 24. Enkele citaten:
 - 'Maar ik heb in het eerste deel van mijn betoog het reguliere denken niet verworpen, doch slechts ontoereikend genoemd om de werkelijkheid te benaderen.'
 - 'Zo zult u mij ook niet horen pleiten voor de reguliere of de alternatieve geneeswijzen, maar voor het samengaan van beide, en ook dat betekent dat het model van de mens als het ware een hogere dimensie bereikt waarbij de tegenstelling is overwonnen.'
 - 'Daarom heb ik in de voortgangsrapportage die dezer dagen naar de Tweede Kamer gaat een beleid ontvouwd dat méér inhoudt dan het subsidiëren van onderzoek dat de waarde van alternatieve geneeswijzen moet aantonen. Dat onderzoek is zeker nodig, maar duurt lang en ondertussen kunnen alvast andere wegen worden ingeslagen.'
 - 'In die voortgangsrapportage heb ik gezegd dat overwogen wordt een onderzoek te laten instellen naar de mogelijkheden (en de kosten daarvan) experimentele samenwerkingsverbanden op te richten of aan bestaande centra te verbinden, waarin op bescheiden schaal reguliere artsen de hulp van alternatieve artsen en therapeuten kunnen inroepen.'
 - 'Ik heb het gevoel dat de reguliere geneeskunde onder invloed van onze westerse wetenschap niet alleen de 'heelheid' van de mens heeft veronachtzaamd door zich te zeer te concentreren op de fenomenen die in ons cartesische denkkader verklaarbaar zijn, maar ook de 'heelheid' van de schepping heeft veronachtzaamd door onvoldoende bezinning op de macro-effecten van de doelstellingen die men op micro-niveau nastreeft.'
- Ad 26. Uit de samenvattingen per hoofdstuk:
 - 'Bijna alle organisaties hebben het aantal leden opgegeven. In totaal gaat het om ruim 5.500 leden. Aan schattingen betreffende het totaal aantal niet-georganiseerden hebben zich slechts weinig informanten gewaagd. De schattingen variëren tussen de 0 en 6.000 niet-georganiseerde beroepsbeoefenaren van de zes onderzochte geneeswijzen.'
 - 'Gezamenlijk schatten de informanten ruim één miljoen patiënten per jaar.'
 - 'Bij het vaststellen van de diagnose wordt het accent gelegd op de 'totale benadering van de patiënt.' Bij de behandeling van de patiënt wordt gebruik gemaakt van zeer uiteenlopende behandelwijzen. Met name de leden van beroepsorganisaties voor natuurgeneeswijzen gebruiken een groot aantal verschillende therapieën. Instrumenten en apparaten worden relatief vaak

gebruikt door leden van organisaties voor natuurgeneeswijze en acupunctuur. Voedingstherapeën, met name het vegetarisch dieet, zijn vooral bij natuurgenezers in zwang. Ademhalings- en ontspanningsoefeningen worden door alle leden van de onderzochte beroepsorganisaties soms toegepast. Lichaamsbeweging wordt als behandeling meestal voorgeschreven door leden van de natuurgeneeswijze-organisaties.

Geneesmiddelen en geneeskruiden worden bij ongeveer de helft van de onderzochte organisaties voorgeschreven, het betreffen dan veelal homeopatische middelen of geneeskruiden of gewone kruiden en tincturen. Er is niet eenduidig aan te geven welke ziektebeelden/aandoeningen speciaal voor een behandeling met geneesmiddelen/kruiden in aanmerking komen; bijna alle ziektebeelden zouden met deze middelen behandeld kunnen worden.

De klachten die door beoefenaren van de zes geneeswijzen behandeld worden beperken zich niet tot een specifieke groep. De informanten kunnen geen soorten ziektebeelden opgeven die juist wel of in het algemeen niet in behandeling genomen worden. Uitgesloten zijn veelal acute infecties, besmettelijke ziekten, e.d.' De opgegeven tijden voor de gemiddelde duur van een behandeling variëren sterk: van minder dan tien minuten tot langer dan een uur.'

- 'Ondanks het feit dat een groot deel van de informanten overeenkomsten ziet met andere geneeswijzen kan gesteld worden dat de respectieve geneeswijzen zich van elkaar onderscheiden op velerlei gebied. Genoemde overeenkomsten hebben immers in bijna alle gevallen betrekking op de filosofische uitgangspunten (benadering van de patiënt en mensbeeld) en in het algemeen niet op overeenkomsten in gebruik van therapieën, instrumenten, e.d.).

- De meerderheid van de patiënten die voor een behandeling door leden van beroepsorganisaties in één van de zes geneeswijzen kiest, maakt deze keuze op grond van onvrede met andere c.q. eerdere behandelingen. Een ander veel gehoord argument met betrekking tot deze keuze is dat de patiënten behandelingen met geneesmiddelen afwijzen.

De gemiddelde tarieven per uur variëren tussen f 15,- en f 180,- . '

- Ad 27. Citaat: 'Een opmerking waarmee wij wat minder gelukkig zijn betreft het gestelde op pagina 19, afkomstig van de Cie Alternatieve Behandelwijzen van de Gezondheidsraad, waarin als een van de belangrijkste problemen wordt genoemd: in hoeverre de aan de werkgroepen deelnemende alternatieve artsen inderdaad als representant van de gehele stroming kunnen worden gezien. Wij vermoeden dat er wel belangrijker problemen voor de Cie zijn om zich mee bezig te houden; de betreffende artsen zijn aangewezen door hun beroepsorganisatie en

genieten het vertrouwen van hun achterban.'

Ad 28. Enkele citaten uit de Nota 2000:

- 'Ook de belangstelling voor alternatieve geneeswijzen is opvallend en krijgt politiek meer aandacht. We mogen aannemen dat er een grotere interesse voor de eigen gezondheid is gegroeid; weliswaar nog lang niet algemeen maar toch opvallend.'

- 'Parallel aan ontwikkelingen in het welzijnswerk, waar hulpdiensten en vrijwilligerswerk tot bloei kwamen, werden nieuwe verbanden op kleine schaal in de gezondheidszorg geschapen.'

- '... in elke samenleving een instantie moet zijn naar wie men toe kan met dergelijke, veelal levensproblemen. In vroegere samenlevingen was hiervoor over het algemeen de geestelijke de aangewezen persoon. In de afgelopen jaren heeft de ELZ* en voor een deel de GGZ, deze taak overgenomen.'

- 'Uit de ontwikkelingen van o.m. de alternatieve geneeskunde, vrouwengezondheidscentra, wegloophuizen e.d. zien wij een toenemende differentiatie in vraag en aanbod. Deze zal zich ook in de toekomst voortzetten. De toenemende zelfstandigheid en mondigheid van de burger maken dat hij zich niet alleen steeds vaker verantwoordelijk voelt voor zijn eigen gezondheid, maar tevens steeds bewuster een keuze uit voorzieningen maakt.'

- 'Derhalve zal in de komende jaren de 'kwaliteit van zorg' steeds sterker bepaald worden door de mate waar in de zorg:

- aansluit op de veranderende behoefte van de patiënt en

- zich richt op het welbevinden van de patiënt.'

- 'De criteria voor de kwaliteit van de zorg zullen bij elke burger/patiënt anders zijn en het is aan de hulpverlener/hulpverlenende instelling om daar zoveel mogelijk rekening mee te houden.'

- 'Wat in de afgelopen jaren op gang gekomen is, moet gezien worden als een aanzet, die zal leiden tot een geconsolideerde beleidsmatige benadering van de alternatieve geneeswijzen in al hun facetten. Niet alleen de druk vanuit de samenleving of de aandrang vanuit het parlement zal hiertoe bijdragen, maar ook de resultaten van thans in gang gezet onderzoek, emancipatie van de beroepsgroepen en beroepsorganisaties en verhoging van de kwaliteit van opleiding en beroepsuitoefening zullen belangrijke factoren zijn in deze ontwikkeling.

De belangstelling van de consument voor de alternatieve geneeswijzen zal toenemen naarmate meer bekendheid hieromtrent wordt verkregen. Meer mensen zullen kennis kunnen nemen van de verworvenheden op alternatief gebied. Dit is niet los te zien van het toenemend be-

ELZ = eerste lijns zorg.

wustzijn van de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. In dit bewustzijn kiest de consument kritisch datgene, dat het meest bij zijn behoefte aan zorg aansluit. De vraagtekens, die bij het specialistische karakter van de reguliere-gezondheidszorg worden geplaatst, gaan aan de consument niet voorbij en zullen zijn belangstelling prikkelen voor die modellen, die meer recht doen aan de integrale mens-benadering bij opsporing van ziekte en bestrijding hiervan. Niet over het hoofd gezien mag worden dat zich in het denken over de gezondheidszorg en de plaats van de alternatieve geneeswijzen daarin een ontwikkeling zal voordoen, die behalve aan het effect van de therapie meer en meer waarde hecht aan de behoefte van de patiënt.

- 'Wat valt er nu te concluderen voor 2000 ten aanzien van zelfzorg, mantelzorg, alternatieve geneeswijzen en vrijwilligerswerk?

1. Er is sprake van een hiërarchie van zorgrelaties. Primair staat hierin de zelfzorg. Secundair is mantelzorg. Tertiair komen pas de geprofessionaliseerde door de staat gegarandeerde en collectief betaalde vormen van zorg. De alternatieve geneeswijzen kunnen in deze gedachtengang het best naast de bovenbedoelde geprofessionaliseerde zorg worden gezien.

- In 1900 had de medische wetenschap slechts weinig middelen; de gezondheidszorg kon slechts meehelpen de algemene conditie van de patiënt zo goed mogelijk te houden, zodat de natuurlijke afweer optimaal kon functioneren.

- 'De overleg- en samenwerkingsrelaties tussen hulpverleners in de eerste lijn zijn nog onvoldoende ontwikkeld.'

- 'De samenwerking en afstemming met andere voorzieningen zouden verbeterd dienen te worden.'

- 'De zorgbehoefte in de afgelopen jaren blijkt niet alleen onder invloed van het aanbod en de toegankelijkheid van voorzieningen te worden omgezet in het gebruik van voorzieningen, maar ook onder invloed van waarden en normen ten aanzien van zorg bij patiënten en bij zorgverleners.'

- 'Een betrekkelijk 'nieuwe' vorm van gezondheidszorg is de alternatieve geneeswijzen. De belangstelling v.--<; de consument hiervoor wordt gevolgd in de aandacht die vanuit de reguliere gezondheidszorg en vanuit hè': be leid aan dit terrein wordt besteed.'

Ad 29. Uit de conclusies en aanbevelingen:

'De Raad beveelt aan:

- 'de waarborgen ten aanzien van de kwaliteitsit van de beroepsuitoefening te vergroten'

- 'op alle sterk werkende geneesmiddelen ~.q. kruiden, zoals deze bij de respectieve alternatieve geneeswijzen worden voorgeschreven in zijn gemeenschap in het kader van de volksgezondheid kv.-alite í t.s Controle

vanwege de overheid te doen plaatsvinden'

- 'dat fle relatie tussen alternatieve en reguliere gezondheidszorg zou moeten worden geïntensiveerd' en concludeert:

- 'binnen de alternatieve geneeswijzen ligt over het algemeen de nadruk op onder andere de holistische benadering van de patiënt, de hoeveelheid tijd besteed per patiënt en de waarde van het voedingspatroon'

- 'aan een eventuele erkenning van alternatieve behandelwijzen zou een bepaalde ontwikkelingsfase moeten voorafgaan. Niet alleen zal in een dergelijke ontwikkelingsfase de opleidingssituatie beslissend dienen te zijn, maar tevens zal daarin aan onderzoek naar de effectiviteit van de betreffende behandelwijzen een zodanige rol kunnen worden toegekend, dat voor aan toonbaar niet of nauwelijks effectieve behandelwijzen erkenning achterwege blijft.'

Ad 31. Citaat: 'De problematiek van de kruiden staat meer op zichzelf. Het is bijzonder moeilijk om samenstelling en winningswijze aan enig wettelijk regime te onderwerpen. Het is ook de vraag of verdergaande overheidsinspanningen zinvol zijn: wanneer kruiden met een uitgesproken schadelijke werking worden aangeboden, bestaan, zoals juist omschreven, wettelijke mogelijkheden tot tegengaan van dergelijke handel. Garanties omtrent zuiverheid en niet-vervuild zijn zullen door de producenten, in samenwerking met daarvoor in aanmerking komende organisaties, moeten worden geboden. Niets staat deze organisaties in de weg te komen tot een eigen kruidenpharmacopee. Ik concludeer dat ik het advies van uw Raad op dit punt vooralsnog niet overneem.'

Ad 32. Uit de samenvatting:

- 'Het lijkt nu geen waagstuk meer te stellen dat er zich in Nederland ongeveer 4.000 georganiseerde beroepsbeoefenaren gevestigd hebben die één van de zes onderzochte geneeswijzen toepassen. Hieronder bevinden zich 800 artsen en 1.600 fysiotherapeuten. De artsen houden zich voornamelijk bezig met toepassingen op het gebied van de homeopathie en acupunctuur. Meer dan de helft van de georganiseerde beroepsbeoefenaren heeft een reguliere beroepsopleiding gevolgd en zich verder bekwaamd in een van de alternatieve behandelwijzen. Het aantal patiënten kan met enige zekerheid gesteld worden op 1.100.000 waarvan er 400.000 een arts consulteren en 300.000 patiënten een fysiotherapeut die alternatieve behandelwijzen toepassen. In veel gevallen betreft het hier de homeopathie, de acupunctuur en de manuele geneeswijze. Uitgaande van de 4.100 praktizerende beroepsbeoefenaren en de 1.100.000 patiënten die deze beroepsbeoefenaren consulteren is er, rekening houdend met verschillen in consultduur, consultprijjs, aantal partti-

mers e.d., sprake van 12 miljoen patiëntencontacten en 570 miljoen gulden consultkosten per jaar. Conservatieve schattingen, zonder rekening te houden met variaties in consultduur en prijs gaan uit van 10 miljoen patiëntencontacten en totale consultkosten tussen de 400 a 500 miljoen gulden per jaar. Er is sinds de jaren zeventig sprake van een aanzienlijk groei:

- 1977: 1879 beroepsbeoefenaren
- 1979: 2448 beroepsbeoefenaren
- 1982: 3264 beroepsbeoefenaren
- 1986: 4120 beroepsbeoefenaren

- vijftientig procent van het totaal aantal beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg past alternatieve behandelwijzen toe. Tien procent van dat aantal beroepsbeoefenaren heeft geen reguliere beroepsopleiding genoten.

Nader onderzoek moet nog uitwijzen hoe groot de omvang van het gebruik van 'de niet georganiseerde beroepsbeoefenaar' en 'het particuliere adres' is. Het consumentenpatroon van patiënten lijkt zich, voorzover geregistreerd door de georganiseerde beroepsbeoefenaar, vooreerst niet op het 'zuiver alternatieve deel' te richten doch op het consulteren van beroepsbeoefenaren met een reguliere status.

- Het gevaar van post-moderne kwakzalverij ontstaat indien er niet op korte termijn onderzoeksmethoden ontwikkeld en toegepast worden die duidelijkheid verschaffen omtrent de effecten en de kwaliteit van een behandeling.'

Uit de aanbevelingen:

- 'Het ontwikkelen van criteria betrekking hebbende op bewaking en toetsing van de kwaliteit van de behandeling door externe instanties.

Bestaande reguliere criteria met betrekking tot toetsing van het handelen in medische zin zouden op toepassing in de 'alternatieve' gezondheidszorg onderzocht kunnen worden. Daarop aansluitend kan systematisch onderzoek uitgevoerd worden bij georganiseerde en ongeorganiseerde beroepsbeoefenaren naar de toepassing van deze criteria.'

- 'Literatuuronderzoek naar overeenkomsten en verschillen in toepassingen van diagnostiek en therapieën binnen de alternatieve geneeswijzen en de reguliere gezondheidszorg op basis van de door de informanten verstrekte gegevens. Dit onderzoek zou inzicht verschaffen omtrent het gebruik van alternatieve therapieën binnen de reguliere geneeswijze.

Bovenstaande voorstellen betreffen onderzoek bij gebruikers van alternatieve geneeswijzen (combinatie van gebruik, satisfactie, kosten, motieven), bij georganiseerde en ongeorganiseerde beroepsbeoefenaren (aard en kwaliteit van diagnose en behandelingen) en bij organisaties betrokken bij opleiding en scholing (omvang en kwaliteit van de diverse opleidingen). Meer infor-

matie omtrent deze relatief onbekende thema's zal bijdragen tot een realistisch beleid inzake alternatieve behandelwijzen.'

- Ad 33. Citaat: 'Ook in 1988 zullen onder toepassing van artikel 52, lid 3, van de AWBZ gelden worden gereserveerd voor bekostiging van onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve geneeswijzen. De aangedragen voorstellen passeren de Commissie alternatieve behandelwijzen van de Gezondheidsraad voor advies. Het Transferpunt voor geïntegreerde geneeskunde (R.U.U.) speelt hierbij een ondersteunende en structurerende rol.'
- Ad 34. Een van de antwoorden: 'In elk geval heb ik mij vorgenommen om, onafhankelijk van de mogelijk te boeken resultaten, voor effectonderzoek op onderhavig gebied in de eerstkomende jaren gelden te reserveren.'
- Ad 35. Enkele citaten:
- 'In de huidige fase acht ik wetenschappelijk onderzoek van belang.'
 - 'Naast de aantoonbaarheid van effecten, levert onderzoek ook een mentaliteitsverandering op bij de alternatieve therapeuten, die een meer objectieve, meer nieuwsgierige houding ten opzichte van de eigen behandelvorm gaan aannemen. Ik wil hier echter wel de kanttekening bij plaatsen dat het een fictie is te veronderstellen dat iedere therapie bij iedere aandoening op zijn effect kan worden onderzocht. Een eis, die we aan de reguliere geneeskunst niet stellen, mag hier uiteraard niet voortdurend op tafel gelegd worden. Ik stel mij dus zo voor dat het wetenschappelijk effectonderzoek in mijn beleid straks een lagere prioriteit toebedeeld zal krijgen en dat bij voorbeeld voorrang zal worden verleend aan onderzoek naar de substitutie-effecten.'
 - 'Essentieel voor de beleidsvorming acht ik het contact met het veld, met organisaties van therapeuten en van patiënten en met opleidingsinstituten, om gezamenlijk onder ogen te zien welke weg verder bewandeld moet worden om te komen tot wat men noemt 'erkenning'. Het is met die erkenning wat wonderlijk gesteld, omdat niet altijd duidelijk is wat daaronder wordt verstaan. Vaak bedoelt men hiermee: opneming in de verstrekkingenpakketten van sociale of particuliere ziektekostenverzekering. Ook wordt met erkenning wel bedoeld een vorm van wettelijke bescherming van de betrokken beroepsuitoefening met daaraan gekoppeld een titelbescherming. Een nog weer andere vorm is gelegen in de maatschappelijke erkenning.'
 - 'Voor mij is het centrale begrip hierbij: kwaliteit.'
 - 'Wanneer het LOPAG, als overkoepelende organisatie van patiëntenverenigingen, mij een concreet project voorstel, gericht op de zojuist beschreven bevordering van de kwaliteit van de alternatieve zorg, voorlegt,

ben ik bereid daaraan, als dit aan de toekenningscriteria voldoet, financieel bij te dragen.'

Ad 36. Uit de aanbevelingen:

- 'De werkgroep is van mening, dat één groot onderzoek naar de substitutie-effecten en verzekeraarbaarheid van alternatieve geneeswijzen niet mogelijk is.'
- 'Via het uitvoeren van een aantal deelstudies, elk gelegen op een eigen terrein, kan inzicht worden verkregen in voor het beleid relevante gegevens.'
- 'Wanneer dit gebeurt, veronderstelt dit een goed geoutilleerd multidisciplinair samengesteld coördinatiepunt, dat waarborgen biedt voor een doelgerichte en veelzijdige benadering.'

Ad 37. In de Nota Onderzoeksbeleid Volksgezondheid (1988) wordt over de alternatieve behandelwijzen niet gerept.

Ad 40. Enkele citaten:

- 'Gaarne zou de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen bij u willen bepleiten dat in de reeds functionerende en nog in te stellen scenario-commissies en onderzoeksteams aan mogelijke en wenselijke ontwikkelingen van de alternatieve gezondheidszorg aandacht wordt besteed.'
- 'Daarenboven zou de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen bij u willen bepleiten een voorstudie te starten met het oog op de wenselijke dan wel mogelijke instelling van een scenario-commissie alternatieve geneeswijzen. Zaken als de toekomstige betekenis van alternatieve geneeswijzen en de invloed van alternatieve geneeswijzen op de wijze waarop met gezondheid, ziekte en sterven wordt omgegaan, zouden in een dergelijke voorstudie nader kunnen worden belicht.'

Ad 41. Citaat:

'Het ontbreken van een alomvattend beleid bij de overheid betekent niet dat er aan de alternatieve geneeswijzen niets gedaan wordt.'

Ad 42. 'Er zal een begin worden gemaakt met een ombuiging van de subsidiestroom van fl 1 miljoen uit de aanwijzing ex artikel 52 AWBZ die nu wordt besteed aan effectenonderzoek op het terrein van alternatieve geneeswijzen, in de richting van onderzoek naar kosten- en verzekeringsaspecten, conform de door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad uitgebrachte adviezen.'

Ad 44. Onder andere:

- 'In 1989 zal ik de aanzet geven tot het ontwikkelen van lesmateriaal, door middel waarvan binnen de reguliere gezondheidszorgopleidingen (op HBO- en academisch niveau) de alternatieve geneeswijzen in de opleidingsprogramma's kunnen worden geïntroduceerd.'

- 'Met de ombuiging van de subsidiestroom wordt be doeld de geleidelijke vervanging van financiering van effect-onderzoek door die van het zojuist genoemde substitutie-onderzoek, dat een veelomvattend, uit deelstudies bestaand project behelst.'

- 'Ik stel mij niet voor de alternatieve geneeswijzen te 'beoordelen': ik heb daartoe ook geen procedure gestart. Met mijn ondersteuningsbeleid ten aanzien van effectonderzoek bij alternatieve geneeswijzen bedoel ik het betrokken veld de kansen te bieden om achter standen op het wetenschappelijk onderzoeksterrein in te lopen en beweerde claims te doen staven. Juist het grote belang, dat brede lagen van de bevolking aan deze tak van de geneeskunde hechten, staat een recht vaardiging van zodanige beoordeling in de weg.'

- 'Knelpunt is dat het effectonderzoek naar alterna tieve geneeswijzen nog niet is afgerond en dat dus nog geen evaluatie daarvan heeft plaatsgevonden. '

- Ad 45. Citaat: 'Mede in het licht van een door de Tweede Kamer der Staten Generaal in meerderheid aanvaarde motie (Kamerstukken II, 1982-1983, 17481, nr. 9) waarin de Kamer als haar mening uitsprak dat homeopathische en anthroposofische geneesmiddelen in het kader van de Ziekenfondswet in beginsel vergoed dienen te blijven, is daarom overeenkomstig het bovengenoemde advies van de Ziekenfondsraad besloten, naast de uitzondering ten behoeve van de drogisterij-artikelen met een wezenlijke sociaal-medische betekenis, tevens niet tot uitsluiting over te gaan van de homeopathische en anthro-posofische geneesmiddelen.'
- Ad 46. Citaat: 'Alternatieve Geneeswijzen. Uit onderzoek is gebleken dat reumapatiënten veelvuldig gebruik maken van alternatieve geneeswijzen. Zoals verwoord in de voortgangsrapportage alternatieve geneeswijzen (Tweede Kamer vergaderjaar 1984-1985, 17 481, nr 21) wordt dezerzijds het onderzoek naar het effect van alternatieve geneeswijzen bevorderd. Gestreefd wordt om met name voor onderzoek naar het effect van alternatieve geneeswijzen op het gebied van reuma middelen beschikbaar te stellen. Ook aan de samenwerking van alternatieve genezers met reguliere hulpverleners hecht ik waarde. Daarom heb ik het mogelijk gemaakt dat binnen een groter onderzoek (het project 'samenwerking reguliere en alternatieve genezers') van het NIVEL op dit gebied speciaal aandacht besteed wordt aan de samenwerking tussen reumatoloog en alternatieve genezer.'
- Ad 50. Citaat: 'Alternatieve Geneeskunde. Opleidingsinitiatieven (studierichtingen) op het terrein van de alternatieve geneeskunde worden vooralsnog niet gesteund. Toelichting. Diverse instellingen hebben plannen voor dergelijke opleidingen. Die roepen echter nogal wat

praktische en principiële bezwaren op, waarover ook de Nationale Raad voor de Volksgezondheid zich thans buigt. Die Raad zal aan WVC adviseren over de aan die opleidingen te stellen eisen. Voordat het oordeel van WVC daarover bekend is zullen initiatieven van de instellingen niet worden gehonoreerd.'

Ad 51. Citaat: 'Toenemende maatschappelijke acceptatie en politieke belangstelling deden de behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar de alternatieve geneeswijzen stijgen. Immers, wetenschappelijk onderzoek dient ertoe het inzicht in de mogelijkheden en het gebruik van de alternatieve geneeswijzen te vergroten. Mede gezien het feit dat de alternatieve geneeswijzen geen eigen onderzoekstraditie kennen en nauwelijks of geen inbedding hebben in wetenschappelijke instituten, lijkt overheidssteun op dit punt zeker gerechtvaardigd.'

Ad 52. Enkele citaten:

- 'De Gezondheidsraad is thans in de afrondende fase bij het opstellen van een advies inzake te hanteren methodieken op het gebied van effectstudies bij alternatieve geneeswijzen. Een materie, die niet eenvoudig ligt, blijkt het feit dat de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur reeds in 1983 om dit advies heeft gevraagd.'

- 'En is is wel fair dat we effectstudies verwachten, nog voordat daaraan voorafgaan andere studies (namelijk inventariserende studies, meer inhoudelijke projecten zoals de ontwikkeling van een classificatie van aandoeningen en van therapeutisch handelen en het opzetten van registratiesystemen (die later onderzoek moeten faciliteren)), zoals de bij de fysiotherapie genoemde, worden verricht?'

Maar ook een reactie op 48:

- 'Het Politiek Manifest, dat een aantal koepelorganisaties kort geleden het licht heeft laten zien, is een treurig voorbeeld van hoe men zijn energie verkeer kan benutten. Terwijl het tijd is voor bezinning op zoveel punten, wordt met een goedwillende en geduldige buitenwacht (namelijk de overheid) de kachel aangemaakt. Bijzonder onhandig en bepaald niet chic.'

Ad 55. Citaat: 'De Geneesmiddelencommissie kiest (in haar advies van december '89) voor de mogelijkheid een vereenvoudigde registratieprocedure in te voeren voor alle homeopathische producten, aangevuld met een aantal eisen voor in het bijzonder injectiepreparaten, sublinguale toedieningsvormen en suppositoria. Voorts ontraadt zij ook anthroposofische geneesmiddelen, die niet worden bereid volgens de algemene methodiek die gangbaar is bij homeopathische geneesmiddelen, van de gebruikelijke registratie vrij te stellen.'

- Ad 56. (o.a): Verhoging bedragen ziektenbestrijding met f l 3.500.000 ter intensivering van samenwerking regulier-alternatief .
- Ad 58. Vraag: 'Bent u voornemens het Koninklijk Besluit op grond waarvan enzympreparaten, zoals Vasolastine, kunnen worden verstrekt en waarvan de werkingsduur eindigt in mei aanstaande, te verlengen?'
- Ad 59. Uit het antwoord op de sub 58 bedoelde vraag: ' op dit moment onvoldoende grond aanwezig om intrekking van dit besluit te bevorderen. De afweging is die tussen objectief vastgestelde therapeutische waarde die nihil is en de ervaringen van betrokken patiënten.'
- Ad 60. Citaat uit de conclusies van de Staatssecretaris: 'Uit de resultaten van de haalbaarheidsstudie blijkt dat van consensus tussen beroepsbeoefenaren over te formuleren kwaliteitscriteria nog geen sprake is. Door de SRBAG wordt onvoldoende aangegeven op welke wijze en in welke richting alternatieve beroepsgroepen, nadat zij geregistreerd zijn, criteria zouden moeten ontwikkelen voor de kwaliteit van hun zorgverlening, welke de fasering en de knelpunten daarbij zijn en hoe uiteindelijk consensus over kwaliteitsnormen kan worden bereikt.'
- Ad 61. Citaat WAZ-nota: 'Alternatieve geneeswijzen. In 1986 bereikte de Tweede Kamer een Voortgangsrapportage alternatieve geneeswijzen. Sindsdien beoogt het beleid samenwerking met de reguliere zorg. Onderzoek wordt bevorderd naar de effecten en resultaten van alternatieve geneeswijzen. Voor opleiding en beroepsuitoefening moeten criteria worden ontwikkeld. Tweede helft 1990 wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over de resultaten van het lopend wetenschappelijk onderzoek, en over de stand van zaken op genoemde maatregelen.'
- Ad 62. Citaat: 'Wanneer immers als grond voor vrijstelling van registratie als criterium geldt dat 'de werkzaamheid van een groep farmaceutische produkten niet langs natuurwetenschappelijke weg aantoonbaar is, doch dat de toepassing ervan maatschappelijk aanvaard is', dan wordt de weg geopend voor vrijstelling van registratieplicht voor allerlei andere farmaceutische produkten, waarvoor zulks eveneens het geval is. Bovendien zal dan ook uwerzijds aan de voorzitter van de Gezondheidsraad moeten worden verzocht de werkzaamheden van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen af te breken omdat de opdracht van deze Commissie is: natuurwetenschappelijke methoden aan te geven om de effectiviteit van zulke behandelwijzen aannemelijk te maken. De jarenlange moeizame werkzaamheden van deze Commissie, waarvan ik de eer heb vice-voorzitter te zijn, worden door uw beleidsvoornemen wel zeer bruusk gefrus-

treerd.' (w.g. Voorzitter Geneesmiddelencommissie, prof dr EL Noach)

- Ad 64. Citaat: 'De volgende ziekenfondswet- en AWBZ-verstrekkingen komen met name in aanmerking voor onderzoek in het kader van ontwikkelingsgeneeskunde: Sub 2: Paramedische zorg en niet reguliere geneeswijzen. Sommige vormen van zorgverlening met betrekking tot fysiotherapie, logopedische hulp en psychotherapieën en sommige zogenoemde alternatieve geneeswijzen komen in aanmerking voor patiëntgebonden onderzoek opdat de effectiviteit wordt vastgesteld. Gezien de diversiteit binnen deze therapieën zal een keuze moeten worden gemaakt. Met name komen voor onderzoek in aanmerking: die vormen van zorgverlening die veelvuldig worden toegepast en waarover onzekerheid bestaat ten aanzien van de effectiviteit. Doel moet zijn te komen tot scherpe indicatie-stellingen, omschrijving van optimale wijze van behandeling en met name, tot vaststelling van de duur van de (proef)behandeling. De methode van onderzoek vereist grote aandacht gezien het veelal bijzondere karakter van deze therapieën.'
- Ad 65. Citaat uit de inleiding door een beleidsambtenaar: 'Respekt voor de patiënt en voor zijn keuzevrijheid, die realiseerbaar moet zijn, vormt de basis van het beleid dat de overheid ten aanzien van de alternatieve geneeswijzen wenst te ontplooiën. Stimulering van processen tot kwaliteitsbewaking en -bevordering, scholing, effectonderzoek en samenwerking behoren hiertoe, ook in de toekomst.'
Citaat uit het slotwoord: 'Samenwerking (tussen regulier en alternatief) kan in de Nederlandse omstandigheden nooit de huisarts van de patiënt uitschakelen. Integendeel: de centrale rol van de huisarts in de patiëntenzorg dient gerespecteerd te blijven en basis van de alternatieve zorgverlening te zijn'. (....)
'Na bewezen kwaliteit in werken is de overgang van puur alternatief opgeleide therapeuten - mits deze aan een concreet beroepsprofiel, met de daarbij behorende reikwijdte in verantwoordelijkheid voldoen - stellig een bespreekbaar punt.'
- Ad 66. Enkele citaten:
- 'Bij de reorganisatie van de Hoofdirectie Gezondheidszorg van het Ministerie zal de bemoeienis met alternatieve geneeswijzen in hoofdlijn inderdaad gelegd worden bij de Directie Ziekenhuiszorg en Topzorg (ZZT). Deze directie heeft in haar takenpakket geneeskundige ontwikkelingen in zijn algemeenheid.'
- De organisaties in het veld zullen zich dienen te profileren en een plaats zien te veroveren. Van overheidsverantwoordelijkheid, die zich vertaalt in regelgeving of maatregelen anderzijds, zal dan ook straks in het algemeen gesproken geen sprake zijn.'

Ad 67. Enkele citaten:

- 'De NRV maakt u haar verontrusting kenbaar ten aanzien van deze gang van zaken ten departemente (zie ad 58). Te betwijfelen valt of de overheidsbemoeienis met de alternatieve geneeswijzen, die op een zo breed terrein nog gewenst is, wel op deze wijze tot één thema mag worden teruggebracht, zulks met beperkte ambtelijke ondersteuning. Het is bovendien niet denkbeeldig dat het budget voor effectonderzoek in de toekomst zal worden beperkt.'

- 'Tot nu toe was er sprake van een brede overlegsituatie, vorm vindend in de werkzaamheden van een vaste groep ambtenaren, de zogenaamde kerngroep alternatieve geneeswijzen. Gelet op de maatschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van de alternatieve geneeswijzen had handhaving van de huidige situatie, zo niet uitbreiding van de overlegsituatie, b.v. tot een afzonderlijke onderafdeling, meer voor de hand gelegen. Het alternatieve werkveld is immers volop in beweging, maar is nog niet krachtig genoeg en met name niet financieel krachtig genoeg om zich zodanig te profileren als door de staatssecretaris blijkens zijn eerdergenoemde antwoord (zie 58) voor mogelijk wordt gehouden. Een en ander zal leiden tot gevoelens van machteloosheid en frustratie aan de zijde van de beroepsorganisaties op -opleidingen.'

Ad 68. Enkele citaten:

'Samenvattend kan als aanbeveling geformuleerd worden: alleen effectonderzoek uitvoeren wanneer terdege onderzocht is of dergelijk onderzoek ontbreekt en het dan niet te benauwd opzetten, in alle andere gevallen voorstudies etc. laten verrichten.'

'Randvoorwaarden voor waardevol (effect)onderzoek Bij toekenning van subsidie aan toekomstige (effect)onderzoeken zouden op basis van deze uitkomsten de volgende eisen gesteld kunnen worden:

- voorkeur voor uitvoering binnen universitaire setting;
- voorkeur voor samenwerking tussen alternatieve en reguliere wetenschappers binnen een project;
- patiëntgebonden onderzoek moet in de opzet bepaalde garanties bieden voor patiënteninstroom: protocol schenkt aandacht aan werving van patiënten, gericht op het voorkomen van vertraagde instroom;
- patiëntgebonden effectonderzoek is gezien voorgaande eis kostbaar en wordt alleen uitgevoerd wanneer eerder uitgevoerd, gecontroleerd effectonderzoek ontbreekt en wanneer, bijvoorbeeld uit eerder onderzoek, blijkt dat het haalbaar is;
- hoge eisen stellen aan uitvoeringsefficiëntie;
- vooraf worden door onderzoeker(s) en subsidiegever afspraken gemaakt over mogelijk gebruik (niet alleen in de vorm van publikatie) van de resultaten.'

Zoals verwacht kan worden, is men unaniem van mening dat een aparte financieringsvorm voor AG-onderzoek onontbeerlijk is.'

'In de kritiek (van de terzake geïnterviewden) keren drie punten steeds terug: de overheid neemt een te afwachtende houding aan, de toewijzingsprocedures kosten te veel tijd en beoordeling van de onderzoeksprotocollen zou niet door het departement zelf gedaan moeten worden.'

'De meest gehoorde visies op de mogelijke sturing vanuit de overheid kunnen als volgt worden samengevat: de overheid zou een onderzoeksprogramma moeten opzetten, streven naar universitaire inbedding van de projecten en bijdragen aan het gebruik van onderzoekresultaten.

(...)

Vrijwel unaniem is men van mening dat de overheid de beoordeling van onderzoeksprotocollen dan ook niet langer zelf zou moeten doen, maar dat er een toetsingscommissie zou moeten komen. Over de invulling hiervan zijn verschillende ideeën geopperd: gebruik kan worden gemaakt van bestaande commissies bijvoorbeeld binnen NWO-verband, anderen menen dat een nieuwe toetsingscommissie gecreëerd zou moeten worden waarbij gebruik kan worden gemaakt van de expertise bij de verschillende beroepsorganisaties.'

'Een belangrijk aspect van evaluatie betreft de nog bestaande leemten, gelet op de meest belangrijke nog niet opgeloste vragen (met name voor wat betreft methodiek en effectbepaling).¹

'Het onderzoeksbeleid van de afgelopen 4 jaar heeft ertoe geleid dat het veld 'onderzoeksrijp' is geworden en dat er behoefte aan beleidsmatig gebruik van onderzoekresultaten is ontstaan.'

'Een standpunt met een vermoedelijk groot maatschappelijk draagvlak, ook onder alternatieve genezers, is: 'Alternatieve geneeswijzen, welke bij onderzoek effectief blijken te zijn, moeten erkend worden als onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg. Bij een dergelijke erkenning wordt gedacht aan: toegankelijk maken van effectief gebleken AG door opname in het stelsel van ziektekostenverzekering, ontwikkelen kwaliteitscriteria voor beroepsbeoefenaren binnen effectief gebleken AG, samenwerking tussen AG en RG bevorderen.'

'Wat betreft de toetsing van beleidsrelevantie: wanneer het AG-onderzoek deel zou gaan uitmaken van Ontwikkelingsgeneeskunde, ligt het voor de hand de aldaar geldende toetsing op beleidsrelevantie over te nemen.'

Ad 69. Enkele citaten:

'Onderdeel 2 Chronische ziektenbestrijding. Ten behoeve van een intensivering op het gebied van de chronische ziektenbestrijding wordt de subsidie aan het Helen Dowling-instituut verhoogd met fl 0,25 miljoen. De dekking hiervoor wordt gevonden middels een herschikking binnen het artikel, ten laste van onderdeel 3 (Alternatieve Geneeswijzen). Daartoe is de uitvoering van een aantal projecten 'alternatieve geneeswijzen' getemporeerd.'

'Onderdeel 3 Alternatieve Geneeswijzen.

a) Bij dit onderdeel wordt de subsidiëring geraamd voor een informatie- en documentatiecentrum voor alternatieve geneeswijzen (IDAG). Tevens is een bedrag bestemd voor samenwerkingsexperimenten reguliere en alternatieve genezers alsmede de registratie van alternatieve therapieën.

b) De Begrotingswet dient als basis voor de uitgaven.

c) Ten laste van dit onderdeel wordt fl 0,25 miljoen naar onderdeel 2 van dit artikel overgeboekt (zie toelichting aldaar).'

Ad 70. Enkele aanbevelingen:

'1. De Raad kiest ten aanzien van de samenwerking tussen de reguliere geneeskunde en de alternatieve geneeswijzen voor het synthesesemodel. Een open communicatie tussen beide kanten is daarbij een eerste vereiste. De GAG NRV kan daarbij een stimulerende functie vervullen.

2. De Raad stelt dat aan een synthese tussen regulier en alternatief kan worden bijgedragen indien beide takken van geneeskunde eenzelfde begrippenkader hanteren, onder behoud van ieders verantwoordelijkheid voor de beroepsuitoefening. De Raad beveelt aan dat er onderzoek wordt gedaan naar de mogelijkheden voor een dergelijk begrippenkader, waarbij met name de beschouwelijk aspecten van de begrippen worden betrokken. Medisch-filosofisch onderzoek kan in dit opzicht duidelijkheid verschaffen.

3. De Raad beveelt aan dat de alternatieve beroepsorganisaties de deelaspecten van kwaliteit van de beroepsuitoefening voor hun eigen beroepsgroep nader uitwerken. Zo kunnen de organisaties, wellicht beter dan voorheen, hun eigen specifieke identiteit duidelijk maken. Het uitwerken van de diverse deelaspecten kan voor het veld der alternatieve geneeswijzen tevens van nut zijn bij het formuleren van beroepsprofielen.

4. De Raad beveelt - opnieuw - wetenschappelijk onderzoek aan inzake de effectiviteit en doelmatigheid van alternatieve geneeswijzen. Waar nodig dient een aangepaste methodologie te worden gehanteerd.

10. Het verdient aanbeveling dat het alternatieve werkveld kennis neemt van kwaliteitsbepalingen in de erkenningsvoorwaarden ingevolge de Ziekenfondswet en

de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening maakt het noodzakelijk zich binnen de diverse geledingen te conformeren aan normen en voorwaarden zoals die door de maatschappij ter zake reeds worden gehanteerd. 12. De Raad stelt zich op het standpunt dat, wanneer een alternatieve beroepsgroep voldoet aan de gestelde kwaliteitscriteria met betrekking tot het metho-disch-technisch handelen, de attitude en de organisatie van de beroepsuitoefening, blijkend uit de opleiding, de registratie, een beroepscode of gedragsregels en intern tuchtrecht, dit een basis zou moeten zijn voor een vorm van erkenning door de overheid.'

- Ad 73. Citaat: 'Het voorgaande impliceert dat voor de nu klaarblijkelijk gewekte ongerustheid van de aanhangers der alternatieve geneeswijzen geen reden bestaat. Integendeel: ik moet ervan uitgaan, dat zij door de Raad zullen worden gehoord en daarmee een bijdrage zullen leveren aan de beantwoording van de vragen, die ik aan de Raad heb gesteld. Ik ga ervan uit, dat zij in die zin aan de Raad hun medewerking zullen geven.'
- Ad 74. Vraag 112: 'Zijn voor 1991 middelen gereserveerd, zoals voor 1990 en voorgaande jaren voor het onderzoeksprogramma naar alternatieve geneeswijzen? Zo ja, voor welke bedragen aan verplichtingen en uitgaven; zo nee, waar zijn de voor de afgelopen jaren beschikbare middelen naar overgeboekt? Wat is het verloop van de verplichtingen en de uitgaven tot en met dit jaar?'
- Ad 75. Enkele citaten:
- 'Een goede kwaliteit van zorg betekent kort gezegd dat voor iedereen in voldoende mate goede zorg aanwezig is. Meer concreet gaat het daarbij om de volgende aspecten: (onder andere)
 - het voldoende gedifferentieerd zijn van het zorgaanbod, zodat wordt voorzien in de verschillende zorgbehoeften;
 - de verleende zorg dient van goed niveau te zijn, waarmee bedoeld wordt op de organisatie van de zorg(instellingen), op het methodisch-technisch handelen en de attitude van de beroepsbeoefenaren in de zorgsector en op de hoedanigheid van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen;
 - het op structurele wijze bevorderen, beoordelen en bewaken van het niveau van de zorgverlening.'
 - 'De kwaliteit van de zorgverlening laat zich, onafhankelijk van de wijze van inrichting van het zorgstelsel, naar eigen maatstaven beoordelen en aan de hand van eigen parameters beschrijven en de bevordering en bewaking van de kwaliteit van de zorgverlening dient te geschieden door middel van specifiek daarop toespitst beleid'.

- '.... de veldpartijen (krijgen) in het toekomstige kwaliteitsbeleid belangrijke verantwoordelijkheden toebedeeld op het gebied van het formuleren van kwaliteitseisen en de bevordering en bewaking van de kwaliteit van de zorgverlening.'

Ad 76. Citaat uit het verslag: 'Alternatieve Geneeswijzen. De informatie over de resultaten van het lopend wetenschappelijk onderzoek en over de stand van zaken met betrekking tot maatregelen op het terrein van alternatieve geneeswijzen is vertraagd, omdat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad nog geen advies hebben uitgebracht. De Tweede Kamer kan naar verwachting deze informatie begin 1991 tegemoet zien.'

Ad 77. Antwoord op vraag 39: 'Voor 1991 is fl 7,2 miljoen extra beschikbaar voor chronische ziektenbestrijding, fl 1,5 miljoen voor pijnbestrijding en fl 2,5 miljoen voor chronische zorg in de geestelijke gezondheidszorg. Op dit moment kan nog niet exact aangegeven worden hoe deze extra middelen uitgegeven zullen worden. Het gaat hier immers om een nieuw, tot ontwikkeling te brengen, beleidsterrein. In de rond de jaarwisseling uit te brengen notitie Chronische ziekenbeleid zal ik meer specifiek op de besteding van extra middelen kunnen ingaan.'

Antwoord op vraag 166: 'In het kader van de inspraakprocedure voor de ontwerp-Regeling farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering is van diverse zijden naar voren gebracht dat het onjuist is homeopathische en anthroposofische middelen niet aan een vergoedingslimiet te binden, terwijl voor alle allopathische middelen in een aantal gevallen bijbetaling zou zijn vereist en derhalve een voorkeurspositie zou worden geschapen voor deze middelen.'

Verder zijn er twijfels geuit over de werkzaamheid van de onderhavige middelen en werd mij in overweging gegeven deze middelen uit het verstrekkingenpakket te nemen.'

Ad 78. Motie: homeopathische en anthroposofische middelen moeten in fonds blijven.

Ad 79. Citaat: 'De vorig jaar gestarte pilot-study beroepsuitoefening acupunctuur met als doel een instrument te ontwikkelen om de kwaliteit van deze vorm van zorgverlening te kunnen toetsen vordert gestaag. In het kader van dit project, welke in nauw overleg met de Nederlandse Artsen Acupuncturisten Vereniging tot stand is gekomen, zijn een dertigtal (tand)artsenX-acupuncturisten bezocht teneinde het ontwikkelde protocol op zijn validiteit te toetsen.'

Ad 80. Citaat: 'Voor de behandeling van pijn is een aantal methoden beschikbaar: de medicamenteuze behandeling (vooral analgetica), fysische technieken (waaronder manuele technieken, bewegingstherapie en acupunctuur), psychologische benadering, invasieve technieken (zoals aangebrachte blokkades in het zenuwstelsel) en ingrepen in de epidurale en intrathecale ruimte (respectievelijk de ruimte tussen de hersenvliezen en de wand van het wervelkanaal en de ruimte binnen de hersen-(ruggemergs-)vliezen).

Zoals uit het voorgaande is gebleken is de rol van de adviesorganen evident. Ik ben voornemens om de in te stellen Nationale Commissie Chronisch Zieken te verzoeken om de pijnbestrijding ook in de door haar te behandelen onderwerpen te betrekken.'

Ad 81. Enkele citaten:

- 'Op dit moment werkt in opdracht van WVC de HBO-Raad aan het uitwerken van curricula alternatieve geneeswijzen die in het hoger gezondheidsonderwijs, zowel dat wat onder WVC als dat wat onder O&W valt, kunnen worden gehanteerd.'

- 'De alternatieve zorg omvat namelijk meer dan zorg in de traditionele zin. Zij wekt op tot een bewuste houding in het leven, het dragen van verantwoordelijkheid voor het eigen wel en wee, tot het maken van keuzen.'

- 'Ik ben ervan overtuigd dat, wanneer het alternatieve veld laat zien dat men in onderlinge samenwerking slaagt, de reguliere partners in de gezondheidszorg een grotere geneigdheid zullen vertonen met de alternatieve therapeuten op te trekken. Dit is van belang, zowel voor de zorg als zodanig, die hierdoor meer compleet, meer 'heel' kan zijn, als voor de patiënt, die in vertrouwen en in openheid bijvoorbeeld tegenover zijn huisarts een beroep kan doen op die vorm van zorg die voor hem op dat moment de meeste geëigende is.'

BIJLAGE VI

CONTACTEN MET HUISARTSEN, SPECIALISTEN, ALTERNATIEVE
GENEZERS, ALTERNATIEVE THERAPEUTEN EN HUISARTSEN DIE
ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN TOEPASSEN.

Tabellen (met toestemming) ontleend aan Maandbericht
Gezondheidsstatistiek (CBS), juni 1992



centraal bureau voor de statistiek
hoofdafdeling gezondheidsstatistiek

maandbericht gezondheidsstatistiek

jaargang 11

juni 1992

iaam i
 Contact met de huisarts¹ > Hi 1 Jaar naar geslacht, verekeringsvorm «n leeftijdscategorie, GE 1961-1991²>
 GP consultations³ in 1 jaar by sex, type of insurance and age group, HIS 1961-1991⁴

	Totaal Total	Geslacht Sex		Verzekeringsvorm Type of Insurance				Leeftijdscategorie Agegroup			
		Mannen Men	Vrouwen Women	Ziektefonds Private health insurance	Particulier Health	Overig Other	0-19 jaar	20-44 years	45-64 jaar	>65 years	
				Insurance fund Total	----- Totaal	IZA/IZR	Overig Other				
?i personen met contact											
% persons consulting											
1981	69.3	63.6	74.9	71.2	65.3	71.8	63.6	58.8	72.0	74.2	80.4
1982	70.5	65.1	75.7	72.5	66.3	69.4	65.5	60.4	73.2	74.6	80.5
1983	71.4	65.4	77.3	73.2	68.1	72.4	67.2	63.0	73.6	73.7	80.6
1984	71.4	65.3	77.3	72.8	68.8	72.0	67.9	62.9	73.4	73.9	80.9
1985	71.9	65.6	78.1	73.9	68.2	74.0	66.7	63.9	74.0	73.4	81.1
1986	72.9	65.8	79.9	75.2	69.6	73.1	68.8	63.2	75.9	74.3	83.1
1987	71.9	66.3	77.3	74.2	68.4	73.3	67.4	63.9	73.3	74.9	79.9
1988	72.4	66.2	78.5	75.2	68.8	74.8	67.9	64.1	74.3	74.4	80.8
1989	73.4	68.0	78.7	75.2	70.8	74.4	70.1	66.3	73.9	75.3	83.3
1990	75.4	69.6	81.1	77.8	72.3	70.6	72.7	67.9	75.6	77.0	87.3
1991	75.5	69.1	81.7	77.9	72.2	74.5	71.7	67.7	76.1	76.9	86.6
stf ⁵ i	0.5	0.7	0.6	0.6	0.8	1.8	0.9	1.0	0.7	1.0	1.2
Aantal contacten per persoon											
Number of consultations per person											
1981	3.6	3.0	4.2	4.0	2.6	3.9	2.5	2.6	3.5	4.5	5.3
1982	3.4	2.9	3.9	3.9	2.5	2.6	2.5	2.4	3.5	3.9	5.0
1983	3.4	2.8	4.0	3.8	2.7	3.5	2.6	2.7	3.5	3.7	4.5
1984	3.5	2.8	4.3	3.9	2.8	3.8	2.5	2.5	3.5	4.1	5.4
1985	3.6	3.1	4.1	3.8	3.1	3.8	3.0	2.8	3.5	4.3	4.7
1986	3.5	2.9	4.1	3.9	2.8	3.5	2.7	2.3	3.5	3.8	5.8
1987	3.7	3.1	4.4	4.1	3.2	3.2	3.2	2.9	3.7	4.3	4.9
1988	3.6	2.9	4.2	4.1	2.9	3.4	2.8	2.6	3.5	3.8	5.5
1989	3.6	3.1	4.0	4.1	2.9	4.1	2.7	2.9	3.3	3.7	5.6
1990	3.7	3.0	4.5	4.0	3.3	4.0	3.2	2.5	3.4	4.6	5.9
1991	3.8	3.1	4.6	4.3	3.2	4.0	3.0	3.1	3.4	4.3	5.8
sU ³ >	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.5	0.2	0.2	0.2	0.3	0.4
Aantal contacten per persoon mei contact											
Number of consultations per person Consulting											
981	5.2	4.7	5.6	5.6	4.3	5.4	4.0	4.4	4.8	6.1	6.6
982	4.9	4.5	5.2	5.3	3.8	3.8	3.8	4.0	4.8	5.3	6.2
983	4.8	4.3	5.2	5.2	4.0	4.8	3.8	4.2	4.8	5.0	5.6
984	4.9	4.3	5.5	5.4	4.0	5.3	3.7	3.9	4.7	5.6	6.6
985	5.0	4.7	5.2	5.2	4.6	5.1	4.5	4.3	4.7	5.8	5.8
986	4.8	4.4	5.1	5.2	4.0	4.8	3.9	3.7	4.6	5.0	6.9
987	5.2	4.7	5.6	5.6	4.6	4.4	4.7	4.5	5.0	5.8	6.2
988	4.9	4.4	5.4	5.4	4.2	4.5	4.1	4.1	4.7	5.1	6.8
989	4.9	4.6	5.1	5.4	4.1	5.5	3.8	4.4	4.5	4.9	6.7
990	5.0	4.3	5.5	5.2	4.6	5.6	4.4	3.7	4.5	6.0	6.7
1991	5.1	4.5	5.6	5.5	4.4	5.4	4.2	4.6	4.5	5.6	6.7
Sf ⁵ >	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.6	0.3	0.3	0.2	0.3	0.5

¹¹ Indusief telefonische contacten.

²¹ Zie voetnoot 1. tabell.

³¹ Zie voetnoot 2. tabell.

¹¹ Including consultations by telephone.

²¹ Seenotel. labiel.

³¹ Seenotele 2, labiel.

Contact ma «en «pectalln» In 1 jaar naaf geslacht, verzekertngavorm en leeftijdscategorie. OE 1981-1991 »
Specialist consuiffa/ons V in 1 yearbysex. type of insurance and age group, HIS 1981-1991^

	Totaal		Geslacht		Verzekeringsvorm				Leeftijdscategorie							
	Total		Sex		Ziekenfonds		Particulier Health		0-19		20-44		45-64		265	
			Men		Private health		insurance		jaar		years		laar		years	
					Insuranciv	Totaal	IZA/IZR	Overig								
					fund			Other								
					Total											
% personen met contact																
% persons Consulting																
1981	35,7	33,4	37,9	35,2	37,1	34,5	37,7	28,1	33,6	44,4	47,1					
1982	37,7	35,2	40,1	37,9	37,5	35,9	37,9	30,7	36,0	44,6	49,0					
1983	38,0	35,6	40,3	37,5	39,2	43,6	38,1	32,1	35,7	43,6	50,4					
1984	37,6	35,7	39,6	37,4	38,9	36,6	39,6	31,6	35,4	42,6	52,6					
1985	37,5	34,5	40,5	38,0	36,7	39,2	36,1	31,4	35,2	41,9	52,2					
1986	37,9	33,6	41,8	36,8	36,4	40,8	35,5	31,6	34,6	43,5	52,8					
1987	37,5	34,2	40,8	39,1	35,0	38,6	34,3	30,1	33,9	44,7	54,2					
1988	37,1	34,0	40,1	38,4	35,4	39,5	34,7	29,5	33,8	43,8	53,1					
1989	38,2	35,6	40,6	36,9	37,4	38,1	37,3	32,5	35,6	41,1	54,0					
1990	41,0	36,5	43,4	42,0	39,7	39,7	39,7	33,6	37,5	46,0	58,8					
1991	36,5	35,7	41,3	39,3	37,5	36,5	37,7	32,5	34,5	43,7	54,8					
Sf3>	0,5	0,7	0,7	0,6	0,9	2,0	0,9	0,9	0,6	1,2	1,5					
Aantal contacten per persoon																
Number of consultations per person																
1981	1,7	1,5	1,9	1,7	,7	1,8	,7	1,1	1,9	2,2	2,3					
1982	1,6	1,5	1,7	1,7	,5	1,6	,5	1,1	1,4	2,3	2,5					
1983	1,8	1,7	1,9	1,8	,7	2,1	,6	,3	1,8	2,1	2,5					
1984	1,6	1,5	1,7	1,7	,4	1,1	,5	,0	1,5	1,9	2,9					
1985	1,6	1,4	1,7	1,5	,6	2,4	,4	,1	1,3	2,0	2,8					
1986	1,6	1,3	1,9	1,7	,6	1,7	,5	,0	1,5	2,1	2,7					
1987	1,8	1,8	1,9	2,0	,3	1,7	,3	,0	1,6	2,2	2,5					
1988	1,6	1,5	1,7	1,7	1,6	2,2	1,5	,2	1,5	1,9	2,7					
1989	1,9	1,7	2,0	1,8	1,9	1,5	2,0	1,4	1,7	2,1	2,9					
1990	1,8	1,5	2,0	1,9	1,6	1,7	1,5	1,2	1,6	2,2	3,0					
1991	1,6	1,5	1,8	1,6	1,7	1,4	1,6	1,2	1,4	1,9	2,8					
«t1»	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3					
Aantal c intacten persoon met contact																
Number of consultations per person Consulting																
1981	4,9	4,6	5,1	4,9	4,7	5,2	4,6	3,9	5,5	4,9	4,9					
1982	4,2	4,1	4,4	4,4	4,0	4,4	3,9	3,5	3,8	5,2	5,1					
1983	4,7	4,7	4,6	4,9	4,3	4,7	4,2	4,0	4,9	4,9	4,9					
1984	4,2	4,2	4,3	4,6	3,6	3,0	3,7	3,3	4,2	4,4	5,6					
1985	4,1	4,1	4,2	4,0	4,4	6,1	3,9	3,4	3,7	4,8	5,3					
1986	4,3	4,0	4,6	4,3	4,3	4,2	4,3	3,2	4,3	4,7	5,2					
1987	4,7	4,8	4,6	5,2	3,8	4,3	3,7	3,4	5,4	4,9	4,5					
1988	4,4	4,4	4,3	4,4	4,4	5,6	4,2	3,8	4,3	4,4	5,1					
1989	4,8	4,7	5,0	4,7	5,0	3,9	5,2	4,3	4,8	5,0	5,4					
1990	4,4	4,0	4,7	4,6	4,0	4,4	3,9	3,6	4,2	4,8	5,0					
1991	4,2	4,1	4,4	4,0	4,6	3,7	4,8	3,7	4,1	4,4	5,1					
SII ³¹	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,8	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5					

¹⁾ Exclusief conladen tijdens ziekenhuisopname.

²⁾ Zie voetnoot 1. tabel 1.

³⁾ Zie voetnoot 2. tabel 1.

⁴⁾ EKCludtngconsuHaliions during hospitalization.

⁵⁾ See note 1. tabte 1.

⁶⁾ See note 2. table 1.

Tabel 6a
 Contact met alternatieve geneeters (niet de huisarts) in 1 jaar naar geslacht, verzekering*vorm en leeftijdscategorie, GE 1981-1991 "
 Consultations at alternative practitioners (not the GP) in 1 year by sex, type of insurance and age group, HIS 1981-1991"

	Totaal	Geslacht		Verzekeringsvorm			Leeftijdscategorie				
	Total	Sex		Type of insurance			Age group				
		Mannen	Vrouwen	Ziekenfonds	Particulier		0-19	20-44	45-64	>65	
		Men	Women	Health insurance	Private health insurance		jaar	years	jaar	years	
					Totaal	IZA/IZB	Overig				
					Total		Other				
*i personen met contact											
% persons consulting											
1981	3.8	3.0	4.6	3.4	4.9	4.3	5.1	1.6	4.5	6.0	3.9
1982	3.7	2.8	4.6	3.4	4.4	4.0	4.5	1.4	4.7	5.0	4.7
1985	4.5	3.4	5.5	4.1	5.2	7.4	4.7	1.6	5.4	6.7	4.2
1986	4.9	3.3	6.5	4.3	6.1	5.1	6.3	2.9	5.5	7.4	3.5
1987	5.2	3.7	6.8	4.6	6.3	7.2	6.1	2.8	5.9	8.0	4.0
1988	5.6	3.9	7.2	5.2	6.1	7.8	5.9	3.0	6.7	6.4	5.9
1989	5.7	4.2	7.2	4.9	6.9	4.3	7.4	3.9	6.3	7.3	4.6
1990	5.9	4.1	7.7	5.5	6.6	6.7	6.6	4.0	6.3	8.2	5.1
1991	6.1	4.8	7.4	5.8	6.7	5.2	7.0	3.9	7.3	7.2	4.9
stt ²⁾	0.2	0.3	0.4	0.3	0.4	1.0	0.5	0.3	0.4	0.6	0.6

¹⁾ Zie voetnoot 1, label 1^{a)}

²⁾ Zie voetnoot 2, label 1

¹¹⁾ See note 1, table 1.

²¹⁾ See note 2, table 1

Contact met alternatieve genezers (incl. de alternatieve huisarts) in 1 jaar naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijdscategorie, GE 1981-1991 "
 Consultations at alternative practitioners (incl. GP) in 1 year by sex, type of insurance and age group, HIS 1981-1991

	Totaal	Geslacht		Verzekeringsvorm			Leeftijdscategorie				
	Total	Sex		Type of insurance			Age group				
		Men	Women	Health insurance	Private health insurance		0-19	20-44	45-64	>65	
		Men	Women	Health insurance	Private health insurance		jaar	years	jaar	years	
					Totaal	IZA/IZR	Overig				
					Total		Other				
*i personen met contact											
% persons consulting											
1981	66	55	7.8	63	7.5	7.3	7.6	4.6	7.8	7.8	6.2
1982	63	53	7.4	59	7.4	6.7	7.7	3.7	7.5	7.4	7.8
1985	8,1	7,5	10,7	8,5	10,5	12,6	10,0	7,2	10,4	10,0	8,0
1986	02	83	2.1	93	11.7	8.8	12.2	8.7	1.0	12.1	7.7
1987	19	9.7	4.0	111	13.1	14.6	12.8	9.8	3.7	13.0	8.4
1988	22	9.8	4.7	111	13.9	17.3	13.4	10.2	4.1	12.5	10.3
1989	40	11.8	6.2	130	15.7	15.7	15.7	13.1	4.8	16.3	9.5
1990	57	13.3	6.0	14.5	17.2	17.4	17.2	15.4	6.5	15.8	13.1
1991	153	13.5	17.0	15.1	15.7	15.5	15.8	14.2	16.8	15.8	11.7
«t»	03	05	05	04	0.6	14	0.6	0.6	0.6	0.8	0.9

¹¹⁾ Zie voetnoot 1, label 1^{a)}

²¹⁾ Zie voetnoot 2, label 1

¹¹⁾ See note 1 table 1

²¹⁾ See note 2, table 1

BIJLAGE VII

EISEN TE STELLEN AAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

- door de onderzoeker
- door de beoordelaar van een projectaanvraag. Appendix 'Kwaliteitsbeoordeling: procedures en criteria' bij het advies 'Kwaliteitsbewaking in het Gezondheidsonderzoek', uitgebracht door de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO 1990, nr 5)

EISEN TE STELLEN AAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

I. ACHT STADIA IN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK*

1.1 Het formuleren van het probleem

Vraagstelling en problemen zullen niet meteen strak geformuleerd ter tafel komen. Veelal is sprake van een eerste onderkennen dat dient te worden onderbouwd en vooral strak omlijnd. Voordat aan het daadwerkelijke onderzoek wordt begonnen, is het zaak het probleem zo duidelijk mogelijk gedefinieerd onderzoekklaar te maken. Dit kan alleen door het stellen van (veel) vragen, o.a. omtrent de motieven achter de probleemstelling en omtrent de in de vraagstelling te gebruiken termen. Omdat hiervoor studie (zie sub 2) nodig is, is dit stadium niet scherp van het volgende af te grenzen.

De veelheid van mogelijke vragen maakt deze fase tot een tijdrovende. Pas wanneer het probleem strak is omlijnd en - waar mogelijk gebruik makend van algemeen aanvaarde definities - op niet mis te verstane wijze in de vorm van een toetsbare hypothese is geformuleerd, is de basis gelegd voor volgende stappen in het onderzoek.

1.2 Studie

Nadat de sub 1 bedoelde vragen zijn gesteld en het probleem aan de hand daarvan helder is geformuleerd, wordt nagegaan wat intern en extern over het probleem bekend is. De

Zie ook Lastrucci: De wetenschappelijke aanpak (Las73) en bijlage II: Notitie betreffende de uitgangspunten voor onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen.

resultaten van onderzoeken die samenhangen met het probleem en alle overige kennis daaromtrent moeten ten behoeve van het onderzoek worden geanalyseerd. Ook extern aanwezige kennis die is vastgelegd in vakliteratuur en onderzoeksverslagen of beschikbaar is bij collegae, moet worden gemobiliseerd en geanalyseerd.

1.3 Onderzoeksopzet

Na zorgvuldige studie zal zich gaan aftekenen hoe het onderzoek dient te worden opgezet. In de onderzoeksopzet moet worden aangegeven welk soort onderzoek (dubbelblind*, enkelblind, open, kenmerken controlegroep/ randomisatie) bij welke categorie patiënten (indicatie, leeftijd, geslacht, in- en uitsluitingscriteria), binnen welke termijn, tegen welke kosten en door wie het onderzoek kan worden uitgevoerd. Het onderzoeksveld wordt begrensd en aangegeven wordt ten aanzien van welke specifieke aspecten (indicatie, behandelmethode, geneesmiddel) uit het onderzoeksveld men geldige uitspraken wil kunnen doen. Vermeld wordt hoe men verwacht de gewenste gegevens te kunnen verzamelen en vast te leggen en hoe lang de voorbereidings- en behandelperiode zullen zijn.

De onderzoeksopzet wordt vastgelegd in een protocol.

1.4 Verzamelen van gegevens

In de onderzoeksopzet staat aangegeven welke gegevens worden verzameld, op welke wijze en over welke periode. Zorg gedragen moet worden dat deze gegevens in bruikbare vorm worden verzameld. Dit betekent dat zoveel als mogelijk gevalideerde meetmethoden en gangbare definities worden gehanteerd, opdat later interne en externe vergelijking mogelijk zal zijn.

1.5 Bewerken van de gegevens

De uit het onderzoek verkregen gegevens worden geordend; bezien wordt of de in het eerste stadium neergelegde

Zie paragraaf 10.3 uit het hoofdstuk 'Placebo-pekelen' .

vraagstellingen kunnen worden beantwoord; de geformuleerde hypothesen worden bevestigd of verworpen.

1.6 Discussie

Alvorens de onderzoeksconclusies kunnen worden beschouwd als geldig en de verkregen kennis als 'ware kennis' kan worden toegevoegd aan het aanwezige kennisbestand, dient een analyse plaats te vinden van hetgeen tijdens het onderzoek is verricht, hoe dit is verricht en van de problemen die zich daarbij hebben voorgedaan. Rustige heroverweging is onontbeerlijk alvorens tot acceptatie van de conclusies over te gaan. De juiste houding is hier niet nagaan of alles goed ging (verificatie) maar vooral trachten aan te tonen of, en zo ja waar, fouten in denken en doen zijn gemaakt (falsificatie). Blijkt men de eigen conclusies niet omver te kunnen werpen, dan kan tot vastlegging daarvan worden overgegaan.

Een beschouwing zal moeten worden gewijd aan overeenstemming of afwijking van de resultaten met hetgeen uit de literatuur (stadium 2) over het onderwerp bekend is.

1.7 Verslaglegging

Doel van de verslaglegging van het onderzoek is in de eerste plaats aan te geven welke betrouwbare kennis is verkregen; deze kan voortaan worden gebruikt. Door de onderzoeksresultaten in een juiste vorm te gieten, kan worden vermeden met groter stelligheid uitspraken te doen dan is gewettigd of een exactheid te suggereren die feitelijk niet bestaat.

Omdat de waarde van conclusies mede is af te meten aan juiste werkmethoden tijdens het onderzoek, dient hieraan in de verslaglegging ruim aandacht te worden besteed. Dit maakt het mogelijk de gezonde scepsis te overwinnen waarmede onderzoek en onderzoeksresultaten tegemoet getreden behoren te worden.

Verslagleggingen van onderzoek moeten voor de beroepsgroep makkelijk toegankelijk zijn, ook als de resultaten negatief zijn!

1.8 Evaluatie

Betrouwbare kennis die via onderzoek is verkregen en vastgelegd, wordt van meet af aan geconfronteerd met de (niet-statische) werkelijkheid. Ontstaat uit die ontmoeting het vermoeden dat de kwalificatie 'betrouwbare kennis' niet meer van toepassing is, dan is hernieuwd (deel)onderzoek geboden.

II BEDREIGINGEN VOOR GOED ONDERZOEK

Goed onderzoek wordt bedreigd door onjuist handelen van de onderzoeker zelf, van degenen die leiding geven aan het onderzoek of daaraan medewerken en van derden die met de (deel-)resultaten van het onderzoek worden geconfronteerd. Onder meer valt te denken aan:

- subjectiviteit (vooroordelen, willekeur)
- haast
- solitair opereren (o.a. afwijzen van inter-subjectiviteit)
- lukraak te werk gaan
- overtuigende lekenpraat
- objectief schijnende waarde-oordelen
- volkswijsheden ('de waarheid zal wel in het midden liggen' en dergelijke)
- pseudo-wetenschappelijkheid
- denken in oplossingen zonder analyse van het probleem
- van mening zijn dat 'iets beter is dan niets'

Ontleend aan: 'Kwaliteitsbewaking in het Gezondheidsonderzoek'
Advies nr. 5, 1990, RGO

APPENDIX

KWALITEITSBEOORDELING: PROCEDURES EN CRITERIA 1.

inleiding

In het voorgaande wordt vooral aandacht besteed aan kwaliteitsbewaking op een hoog aggregatieniveau (instituten, fondsen en programma's). De kwaliteit van het management staat in het advies van de Raad feitelijk centraal, in het nu volgende gedeelte wordt aandacht besteed aan een ander niveau, namelijk die van beoordeling van onderzoeksgroepen en van projecten, immers, een belangrijk criterium van goed researchmanagement is de mate waarin wordt toegezien op een zorgvuldige kwaliteitsbeoordeling van het eigen onderzoek op deze lagere aggregatieniveau's. Met zorgvuldigheid wordt in deze bedoeld dat adequate procedures worden gehanteerd en de beoordeling plaats vindt op basis van expliciet geformuleerde criteria, welke zijn afgeleid van specifieke kwaliteitsindicatoren.

Kwaliteitsindicatoren zijn echter niet onomstreden: ze verschillen niet alleen naar gelang het niveau waarop beoordeeld wordt, maar ook afhankelijk van het type onderzoek, en van het moment van beoordeling (vooraf versus achteraf).

De Raad vindt het van belang dat binnen het veld meer eenheid van opvatting groeit over de waarde van de diverse indicatoren in de verschillende omstandigheden waarin onderzoek moet worden verricht. Als aanzet geeft hij daarom in deze appendix zijn visie op de elementen die een rol spelen bij de beoordeling van individuele projecten en van individuele onderzoekers, respectievelijk onderzoeksgroepen. De Raad is voornemens om - samen met de Commissie Geneeskunde van de KNAW en mogelijk ook de Gebiedsraad

Medische Wetenschappen van NWO - in het najaar van 1989 een discussiedag te organiseren over de hier neergelegde visie.

2. Beoordeling van projectvoorstellen

Bij de kwaliteitsbeoordeling van projecten maakt het groot verschil of sprake is van een beoordeling vooraf -dus in feite van projectvoorstellen- of achteraf, dus van resultaten van onderzoek. In het onderstaande wordt met name aandacht gegeven aan de beoordeling van onder zoeksvorstellen. Eerst wordt een beschouwing gewijd aan de criteria die hierbij een rol spelen. Een volgende paragraaf is gewijd aan de procedures waarbinnen de criteria toepassing vinden, d.w.z. de manier waarop het beoordelingsproces is georganiseerd.

2.1.Criteria

Bij de beoordeling van onderzoeksvorstellen dient rekening te worden gehouden met criteria, die voor alle typen onderzoek gelden (universele criteria) en criteria die meer specifiek gelden voor bepaalde soorten projecten (specifieke criteria).

universele criteria

Dit zijn de criteria betrekking hebbend op de wetenschappelijke (methodologische) kwaliteit en de uitvoerbaarheid van onderzoeksvorstellen. De belangrijkste vragen die hier een rol spelen zijn:

- is de probleemstelling zinvol in het licht van elders verricht of lopend onderzoek;
- is de probleemstelling goed geformuleerd (is de hypothese toetsbaar); is de opzet zodanig dat de vraag in beginsel kan

woeden beantwoord (kan de hypothese woeden geverifieerd c.q. gefalsifieerd);

is de gekozen opzet de meest vruchtbare en de meest efficiënte in de gegeven omstandigheden;

zijn de benodigde middelen beschikbaar (expertise, apparatuur etc.);

is het onderzoek ethisch toelaatbaar.

De drie eerstgenoemde eisen geven nauwelijks aanleiding tot discussie: duidelijk is immers dat een onderzoeksopzet die methodologisch niet verantwoord is, ook niet tot betrouwbare resultaten kan leiden en het onderzoek daarmee zijn waarde verliest.

Voor de kwaliteitsbeoordeling is vooral de discussie met betrekking tot de vruchtbaarheid en efficiëntie van belang. De hierboven gegeven toevoeging 'in de gegeven omstandigheden*' is naar de mening van de Raad dan ook cruciaal. Het name in het klinisch wetenschappelijk onderzoek en het sociaal-wetenschappelijk onderzoek spelen vaak beperkende factoren (zoals belasting voor de patiënt, beschikbaarheid van relevante data, etc.) een beslissende rol in de keuze van de meest geschikte onderzoeksopzet. Bij beleidsonderbouwend contractonderzoek vormt ook de factor 'tijd' in veel gevallen een beperkende voorwaarde. In de praktijk betekent dit dat compromissen onvermijdelijk zijn. Compromissen in deze zin doen naar de mening van de Raad in beginsel niet af aan de wetenschappelijke waarde van een project. Zeker is dat onderzoek dat aan beperkende voorwaarden onderhevig is minstens zoveel inventiviteit en creativiteit vereist als het meer vrije fundamentele onderzoek. Beoordeling van de wetenschappelijke kwaliteit van het meer toegepaste onderzoek vereist in elk geval niet alleen methodologische deskundigheid, maar ook een scherp oog voor de condities waaronder het

project moet worden uitgevoerd.

Specifieke criteria

Behalve de bovengenoemde voor alle soorten projecten geldende criteria spelen voor verschillende typen onderzoek specifieke criteria een rol. Voor projecten van fundamenteel onderzoek is dat de eis van wetenschappelijke relevantie/ d.w.z. de vraag of het onderzoek nieuwe kennis genereert of aanleiding geeft tot interessante nieuwe vragen op het betrokken vakgebied of op aanverwante terreinen. Ook kan sprake zijn van de ontwikkeling van nieuwe methoden, die uitzicht bieden op het verleggen van grenzen. Voor het strategische- en het meer direct op toepassing gerichte onderzoek (d.w.z. voor het overgrote deel van het gezondheidsonderzoek) speelt het criterium van maatschappelijke relevantie een (min of meer) belangrijke rol. Het begrip 'maatschappelijke relevantie' heeft betrekking op de vraag of het onderzoek in beginsel kan bijdragen aan de verheldering en de oplossing van (mogelijk op langere termijn spelende) belangrijke vragen. Die vragen kunnen betrekking hebben op verschillende gebieden. Zo kan het gaan om bruikbaarheid in de klinische praktijk, in de technische sfeer of met betrekking tot de organisatie van de gezondheidszorg dan wel om (fundamentele) ethische en juridische vragen in de gezondheidszorg. Het begrip maatschappelijke relevantie kent dus verschillende varianten (klinische relevantie, technische relevantie, beleidsrelevantie etc.).

Welke de indicatoren zijn van maatschappelijke relevantie, en hoe de maatschappelijke relevantie kan worden gemeten zijn overigens vragen die op dit moment niet eenduidig kunnen worden beantwoord. Bij contractonderzoek ligt de zaak duidelijk: de opdracht zelf is immers uit

drukking van een bestaande behoefte en het daarop (goed) aansluitende onderzoek dus per definitie relevant. In andere gevallen echter is bekendheid met de praktijk een noodzakelijke voorwaarde om te kunnen beoordelen of en in welke mate specifieke vraagstellingen maatschappelijk relevant zijn.

Paragraaf 5 bevat een overzicht van de criteria die naar het oordeel van de Raad voor verschillende terreinen van onderzoek respectievelijk soorten onderzoek van betekenis zijn.

2.2 De procedure

Omdat het gebruik van criteria en indicatoren vrijwel altijd ruimte openlaat voor interpretatieverschillen is ook de nodige aandacht vereist voor de wijze waarop het beoordelingsproces is ingericht. Wanneer het niet om geïsoleerde projecten gaat maar om een vergelijkende selectie acht de Raad de volgende elementen essentieel in dit proces:

- de beoordelaars moeten niet direct bij het te beoordelen project betrokken zijn;
- het oordeel over de waarde van het projectvoorstel dient niet te worden overgelaten aan individuele personen, maar moet het resultaat zijn van een discussie onder deskundigen op het betrokken terrein. Deze discussie kan heel goed worden voorbereid door een of twee gerenommeerde en zorgvuldig geselecteerde onderzoekers uit het betreffende vakgebied als pre-adviseurs. Het uiteindelijke oordeel -zeker waar dit tegelijkertijd een zekere rangordening impliceert- behoort echter op een breder draagvlak te berusten (bijvoorbeeld een beoordelingscommissie), de samenstelling van de beoordelingscommissie moet

zorgvuldig zijn afgestemd op het soort projecten dat aan de orde is. De leden van de commissie dienen derhalve een goed inzicht te hebben in de uiteenlopende kwalificaties waaraan de verschillende projecten moeten voldoen.

Waar bruikbaarheid voor de praktijk in het geding is (zie hieronder) betekent dit dus dat relevante praktijk c.g. beleidsfunctionarissen in het beoordelingsproces moeten worden betrokken.

In een aantal situaties vormt behalve wetenschappelijke kwaliteit ook maatschappelijke relevantie een selectie-criterium. Daarbij gelden dus overwegingen als de bruikbaarheid van de te verwachten resultaten voor de praktijk, de vraag of het onderzoek past in de doelstellingen van het programma, etc. Deze invalshoek dient meer systematisch aandacht te krijgen dan momenteel het geval is. Dat kan door in de reguliere aanvraagformulieren voor projectsubsidies expliciet te vragen naar:

- a) de omschrijving van het concrete praktische probleem waarop het onderzoek gericht is;
- b) de wijze waarop het probleem (of een onderdeel daarvan) is vertaald in een onderzoeksvraagstelling»
- c) de wijze waarop het onderzoek kan bijdragen tot de oplossing (c.q. verheldering, beheersing) van het probleem;
- d) de wijze waarop in de verspreiding van de onderzoekresultaten zal worden voorzien.

Door deze vragen op te nemen krijgen wetenschappelijke- en bruikbaarheidscriteria een meer gelijkwaardige plaats in het beoordelingsproces.

Dit laatste kan ook bevorderd worden door de beoordeling van de wetenschappelijke kwaliteit en van de

maatschappelijke relevantie waar mogelijk plaats te doen vinden in gescheiden beoordelingscolleges. De omvang van deze moet uiteraard in een redelijke verhouding staan tot de omvang van de met het onderzoek gemoeide middelen. Twee onafhankelijke beoordelaars acht de Raad echter het minimum voor een zorgvuldige afweging.

De samenstelling van beide gremia dient aangepast te zijn aan de specifieke taakstelling. Bij de beoordeling vanuit de twee verschillende invalshoeken gaat het immers om geheel verschillende soorten deskundigheden: methodologische kennis en kennis van het praktisch probleem. Deze twee soorten kennis zijn weliswaar vaak in een en dezelfde persoon vertegenwoordigd. De ervaring leert echter dat bij personen die beide deskundigheden in zich verenigen de wetenschappelijke invalshoek toch vaak lijkt te domineren. Om onevenwichtigheden in de afweging zoveel mogelijk te vermijden zouden beide vormen van beoordeling zich dan ook bij voorkeur af moeten spelen in gescheiden circuits.

3. Beoordeling van resultaten van onderzoek

Ook bij de beoordeling van onderzoeksresultaten is het onderscheid tussen wetenschappelijke en maatschappelijke criteria van belang.

De maatschappelijke relevantie is ook in deze fase vaak moeilijk vast te stellen. De doorwerking van onderzoeksresultaten in de praktijk heeft immers in veel gevallen op indirecte wijze plaats en duurt soms jaren. De bepaling van wetenschappelijke relevantie is over het algemeen eenvoudiger: een analyse van het citatiepatroon resulteert -althans in sommige vakgebieden- in een redelijk

geobjectiveerde beoordeling in de vorm van een gekwantificeerde wetenschappelijke impactfactor. De Raad vraagt zich af of niet voor de maatschappelijke relevantie een vergelijkbaar meetinstrument zou kunnen worden ontwikkeld, waar het om vraagstukken van overheidsbeleid - met name om gezondheidszorgonderzoek - gaat zou een onderzoek naar de betekenis van citaties in beleidsdocumenten of een onderzoek op basis van ervaringen van beleidsfunctionarissen in deze wellicht een goede basis bieden. Een onderzoeksopdracht van die strekking aan een van de onderzoeksinstituten op dit terrein zou als eerste stap in deze richting zijn toe te juichen.

4. Kwaliteit van de onderzoeker(a)

De meest gangbare indicatoren voor de kwaliteit van onderzoekers betreffen de omvang van de produktie (aantallen publicaties) en de impact van hun werk (aantallen citaties in kerntijdschriften).

In de praktijk blijkt echter de registratie van bibliometrische gegevens zoals deze nu plaatsvindt onvoldoende basis te bieden voor harde conclusies met betrekking tot de kwaliteit, zeker waar het gaat om de prestaties van de individuele onderzoeker. Deze gegevens dienen voor een beoordeling van personen dus altijd te worden gecombineerd met ander», meer specifiek op de individu gerichte criteria, zoals het aantal uitnodigingen om op congressen het woord te voeren, redacteurschappen van vaktijdschriften, en het oordeel van vakgenoten, (zie 5.2). De bruikbaarheid van bibliometrische gegevens wordt echter niet alleen beperkt door onvolkomenheden in de geautomatiseerde databestanden. Belangrijker is dat deze bestanden voor sommige vakgebieden respectievelijk soorten onderzoek geen adequate indicaties opleveren voor de fei

telijke kwaliteit.

Dit geldt in het bijzonder voor die onderzoeksterreinen die een ander publicatiepatroon hebben dan in het meer basale natuurwetenschappelijk gezondheidsonderzoek gangbaar is. zo is bijvoorbeeld in het gezondheidszorgonderzoek de indicator "publicatie in internationale tijdschriften*" vooralsnog met grote omzichtigheid te hantieren. Enerzijds omdat het betreffende onderzoek overwegend betrekking heeft op de specifiek nederlandse situatie en uit dien hoofde niet snel in buitenlandse vakbladen zal worden geaccepteerd; en anderzijds omdat op dit terrein -met uitzondering van de Verenigde staten- geen specifieke vaktijdschriften bestaan.

Ook speelt een rol dat in het sociaal-wetenschappelijk onderzoek publikatie vaak niet plaats vindt in de vorm van tijdschriftartikelen, maar in de vorm van boeken of -in het geval van opdrachtonderzoek- van rapporten. Deze werkwijze is overigens geen vaststaand gegeven. Naar de mening van de Raad zou ook bij contractonderzoek het streven van de onderzoekers in van de opdrachtgevers zoveel mogelijk gericht moeten zijn op publicatie in (ook internationale) tijdschriften. Dit komt de overdracht van kennis ten goede en versterkt het zicht op de profilering van instituten. Beide elementen acht de Raad van groot belang met het oog op de efficiënte besteding van (overheids)middelen.

5. Overzicht van te hanteren criteria

In het onderstaande geeft de Raad eerst een opsomming van de belangrijkste criteria die naar zijn oordeel een rol moeten spelen bij de beoordeling of onderzoeksvorstellen voor financiering uit de openbare middelen in aanmerking komen. Deze opsomming -grotendeels overeenkomend met de

onder 2.1 genoemde vereisten omvat dus méér dan alleen stricte kwaliteitscriteria; ook elementen van onderzoek-beleid zijn opgenomen.

Vervolgens geeft hij een overzicht van indicatoren voor de wetenschappelijke merites van (groepen van) onderzoekers.

De lijsten zijn indicatief en zeker niet uitputtend. Ook zij nogmaals benadrukt dat aan de indicatoren in verschillende vakgebieden respectievelijk soorten onderzoek een verschillend gewicht moet worden toegekend.

5.1 Criteria bij de beoordeling van projectvoorstellen

Algemene criteria

Bij alle soorten onderzoek spelen de volgende vragen een rol:

- is de vraagstelling helder;
 - is de vraagstelling in de context geplaatst van een breder (wetenschappelijk of maatschappelijk) probleem;
 - sluit het onderzoek aan bij elders verricht onderzoek (geen doublures);
 - is de onderzoeksopzet methodologisch in orde;
 - is de onderzoeksopzet de meest efficiënte in de gegeven omstandigheden (tijd en middelen);
 - zijn de uitvoeringscondities (kwaliteit van de onderzoeker c.g. begeleider; beschikbare apparatuur; toegankelijkheid van het materiaal, etc.) zodanig dat het project kans van slagen heeft;
 - past het onderzoek binnen de doelstellingen van de instelling (instituut; vakgroep).
- is -voorzover relevant- goedkeuring verkregen van een ethische commissie.

Specifieke criteria

Additionele vragen bij fundamenteel onderzoek

- genereert het onderzoek nieuwe kennis (is het onderzoek grensverleggend);

Additionele vragen bij strategisch* en toegepast onderzoek

- is het onderzoek bruikbaar voor de praktijk (preventie, patiëntenzorg, beleid);
- o Bij persoonsgebonden onderzoek (patiënten; bevolkingsgroepen; proefpersonen) komt daarbij:
 - is onderzoek niet (te) belastend.
 - is in informed consent voorzien.
 - is in privacy bescherming voorzien.
- o Bij beleidsgeörienteerd onderzoek komt daarbij:
 - kan het onderzoek op tijd worden afgerond.
 - is er een kans dat van de onderzoeksresultaten daadwerkelijk gebruik zal worden gemaakt ('gebruik* in de meest brede zin)

Het strategisch onderzoek vormt een breed tussengebied tussen het fundamentele en het meer direct toepasbare onderzoek. Het bruikbaarheids criterium weegt zwaarder naarmate het onderzoek dichter bij de toegepaste pool ligt.

5'.2 Kwantitatieve kwaliteitsindicatoren voor onderzoekers

aantal publicaties in wetenschappelijke tijdschriften,
nationaal en internationaal aantal citaties in
kerntijdschriften aantal wetenschappelijke prijzen
aantal redacteurschappen van vaktijdschriften aantal
invited papers
aantal uitnodigingen om op congressen (e.d.) het woord
te voeren
aantal voordrachten op congressen e.d.
aantal promovendi aantal abstracts
aantal rapporten respectievelijk (bijdragen aan) boeken
aantal publicaties in niet-wetenschappelijke tijdschriften
aantal populair-wetenschappelijke artikelen
aantal octrooien
aantal projecten, gefinancierd uit 2^e en 3^e geldstroom
aantal adviesfuncties van wetenschappelijke aard

BIJLAGE VIII

VOORBEELD VAN EEN VISIE OP CAUSALITEIT

VOORBEELD VAN EEN VISIE OP CAUSALITEIT'Heer Bommel en de Tilwisselaar'*

De 'Albatros' strandt op een onbekend eiland als gevolg van een springvloed die de stuurman van de 'Albatros'¹ ondanks zorgvuldige instructies van kapitein Walrus niet goed getraceerd lijkt te hebben. De opvarenden, onder wie Torn Poes en Heer Bommel, komen op dit eiland waar volgens de traditie de bewoners de getijden maken. Heer Bommel gelooft dat en het fascinerende is dat dan een soort pseudo-synthese/juxtapositie zichtbaar wordt tussen de praktisch wetenschappelijke inzichten en de magie van de tijwisselaars. Kapitein Walrus moet daar natuurlijk niets van hebben en ook Torn Poes ontpopt zich opnieuw als iemand die het goed zou doen in de Stichting Skepsis. Binnen de beroepsgroep van de tijwisselaars, die van generatie op generatie hun wijsheden aan hun opvolgers hebben doorgegeven, ontstaat als gevolg van het optreden van Walrus echter een schisma. Weliswaar wisten deze tijwisselaars van oudsher instinctief min of meer hoe de relatie tussen de maan en de getijden in werkelijkheid in elkaar steekt, en letten zij zonder te weten wat zij deden precies op de maan; de veranderingen in de maanstand inspireerden hen tot het maken van allerlei tekens waarvan zij dan zelf dachten dat die de oorzaak van eb en vloed waren.

De senior-tijwisselaar raakt nu aan het twijfelen onder invloed van de wetenschappelijke denkbeelden van kapitein Walrus en wordt deswege uitgestoten door de eilandbewoners; zijn leerling blijft echter (mede uit opportunisme?) vasthouden aan het oude geloof en de geijkte praktijk en gaat een

Ontleend aan: Toonder M. Zoals mijn goede vader zei.
Amsterdam: de Bezige Bij, 1974.

curieuze kongsì aan met Heer Bommel

Het verhaal eindigt met een eenvoudige doch voedzame maaltijd aan boord van de 'Albatros': erwtensoep en capucijners met spek; Joost is er dan ook niet bij, dit maal.

BIJLAGE IX

VERSCHILLEN IN MENS- EN WERELDBEELD: ACTUELE
VOORBEELDEN

VERSCHILLEN IN MENSEN WERELDBEELD: ACTUELE VOORBEELDEN

De commissie heeft in de loop van haar werkzaamheden interessante ontwikkelingen kunnen signaleren. Het onderwerp 'alternatieve behandelwijzen' is ook in de reguliere vakpers frequent aan de orde geweest: genuanceerd en ongenuanceerd, maar altijd omstreden.

Vaak blijken verschillen in denkkader en in mensbeeld zoals geschetst in paragraaf 7.4 en in hoofdstuk 12 de oorzaak van de controversen. De in het eerste halfjaar van 1991 verschenen reeks artikelen over de effectiviteit van de homoeopathie is in dit opzicht uitermate boeiend.

In het BMJ wordt onder de titel 'Homeopathy: medicine or magie?' (Win91) verslag gedaan van een BBC-programma over de homoeopathie. Gesteld wordt:

'Despite the antagonism of orthodox medicine the past decade has seen a spectacular increase in the popularity of alternatives, and at least some of them may be beneficial - for example, the once derided claim that diet can reduce the risk of cancer is gaining wider acceptance, acupuncture is available at several NHS hospitals, and chiropractic has been shown to be more effective than some conventional treatments.'

Waarna wordt geconstateerd:

'Probably the biggest problem facing those with a pharmacological training remains a conceptual one. How can substances be active at dilutions of a million, million, million?'

Een maand later publiceren Kleijnen c. s. (Kle91) de bevindingen van hun met subsidie van WVC uitgevoerde meta-analyse van tot op heden gepubliceerde klinische onderzoeken (met controlegroep) naar de effectiviteit van homoeopathie. In het kader van deze bijlage is vooral de 'discussion' interessant. Geconstateerd wordt:

'Also, there is no plausible explanation of the mechanisms through which homoeopathy would act.'

Toegegeven wordt weliswaar

'In practice, if a treatment works knowledge of the mechanisms of action is not necessary, and numerous examples from regular medicine can be cited in which the mechanisms are hardly understood or not all',

waar echter direct op volgt:

'However, to assume that an infinitesimally diluted substance in an alcoholic solution has pharmacological effect would mean that essential concepts of modern physics would have to be dismissed.

Omdat de auteurs hun eigen stricte criteria bij de beoordeling van alle 107 publicaties hebben aangehouden, moeten zij bekennen:

'The amount of positive evidence even among the best studies came as a surprise to us. Based on this evidence we would be ready to accept that homeopathy can be efficacious.... '

waar in dezelfde zin op volgt:

'.... if only the mechanism of action were more plausible.'

Eerlijk stellen de auteurs:

'There is no reason to believe that the influence of publication bias, data massage, bad methodology and so on is much less in conventional medicine, and the financial interests for regular pharmaceutical companies are many times greater.'

Waarna zij zich afvragen:

'Are the results of randomised double blind trials convincing only if there is a plausible mechanism of action? Are review articles of the clinical evidence only convincing if there is a plausible mechanism of action? Or is this a special case because the mechanisms are unknown or implausible?'

Wederom een maand later wordt, eveneens in het BMJ (Bau91), tegelijk met het boven aangehaalde artikel van Kleijnen c.s., het artikel 'Review of randomized trials of homoeopathy door Hill en Doyon (Hil90) becommentarieerd. De interessante conclusie luidt:

'I believe that the total evidence so far is insufficient to overturn the physicochemical paradigm of the universe in which we practise and that the benefits of homoeopathy are due to a powerful (and worthwhile) placebo effect - but I could be wrong.'

Ook Offerhaus (Off91) bespreekt de bevindingen van Kleijnen c.s. Hij gelooft niet in homoeopathie en besluit zijn artikel als volgt:

- Zolang met homeopathische therapieën geen schade wordt aangericht, ben ik ervoor om iedereen vrij te laten in zijn overtuigingen. Met de homoeopathische artsen ben ik ervan overtuigd dat een antwoord niet met orthodoxe onderzoeksmethoden kan worden afgedwongen. Researchgelden zijn schaars en bitter nodig voor andere doelen.

De controversen die werden opgeroepen door een promotie op het gebied van de - toch door velen regulier beschouwde - manuele geneeswijzen* (Alb90) zijn volgens sommigen eveneens voor een deel terug te voeren op dergelijke problemen in denk-kader en mensbeeld. Zoals Vroon (Vro91) in zijn aan dit onderwerp gewijde column in de Volkskrant schrijft:

- ... veel geleerden leven bij een combinatie van angst en arrogantie. Dit tweetal zorgt ervoor dat zij zich desnoods met de grofste middelen afschermen voor wat hun niet vertrouwd is. Het resultaat is stagnatie in de wetenschap.'

In dit geval wordt de discussie bovendien bemoeilijkt door procedurele onzuiverheden op de achtergrond. Geheel los daarvan staan de problemen die bepaalde reguliere orthopeden blijken te hebben om te erkennen dat orthomanipulatie voor bepaalde categorieën patiënten - vaak degenen bij wie zij zelf weinig resultaat (meer) kunnen bereiken - wel soelaas kan bieden.

Lankhorst formuleert deze controverse in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Lan91) aldus:

'De meningen over orthomanuele geneeskunde zijn sterk verdeeld. Sommigen vinden het onzinnig te veronderstellen dat wervels scheef kunnen staan en a fortiori dat pijn en andere klachten zouden verdwijnen door druk op wervels. De beoefenaren van de methode daarentegen hebben de sterke overtuiging dat vaak een aanzienlijke klachtenvermindering bereikt wordt.'

Zie bijlage XIII

Nadat hij de resultaten van het in het proefschrift beschreven onderzoek 'opmerkelijk' heeft genoemd, waarschuwt hij:

'Wie een alternatieve therapie verdedigt, doet er goed aan zich te wapenen tegen de kritiek van het te lichtvaardig toekennen van het etiket 'verbetering'.

Lankhorst besluit zijn artikel met de opmerking:

•Dit proefschrift markeert niet het eind, maar het begin van een wetenschappelijk debat. De volgende vraag is of de werkzaamheid van orthomanuele geneeskunde ook aangetoond kan worden in onderzoeken waarbij vergelijking met controlegroepen wel mogelijk is, en zo ja, wat het werkingsmechanisme is.'

LITTERATUUR

- Alb90 Albers JWB, Keizer ED. Een onderzoek naar de waarde van orthomanuele geneeskunde (Proefschrift); Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990.
- Bau91 Baum M. Trials of homoeopathy. Br Med J 1991; 302: 529.
- Hil90 Hill C, Doyon F. Review of randomized trials of homoeopathy. Rev Epidemiol Santé Publique 1990; 38: 138-47.
- Kle91 Kleijnen J. Clinical trials of homoeopathy. Br Med J 1991; 302: 316-23.
- Lan91 Lankhorst GJ. Orthomanuele geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 502-3.
- Off91 Offerhaus L. Homeopathie; meta-analyse van een hemsd-mouw. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 500-2.
- Vro91 Vroon PA. Professoren. Volkskrant 18-5-1991.
- Win91 Winter R. Homoeopathy: medicine or magie? Br Med J 1991; 302: 120.

BIJLAGE X

BRIEF VAN DE VICE-VOORZITTER VAN DE GEZONDHEIDSRAAD
AAN DE DIRECTEUR-GENERAAL VAN DE VOLKSGEZONDHEID BE-
TREFFENDE EEN COÖRDINATIEPUNT ALTERNATIEVE BEHANDEL-
WIJZEN, 24 juni 1988

Vice-voonitter

Aan de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid
 Prof drs J van Londen
 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
 Postbus 5406
 2280 HK RIJSWIJK

Onderwerp : Coördinatiepunt alternatieve behandelwijzen
 uw kenmerk : -
 Ons kenmerk : U3606/G1/WV 201-P4
 Bijlagen : -
 Datum : 24 juni 1988

De Commissie Alternatieve Behandelwijzen van de Gezondheidsraad heeft kennisgenomen van het onlangs door de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid tezamen uitgebrachte advies inzake de mogelijkheden tot onderzoek van substitutie-effecten/verzekerbaarheid alternatieve geneeswijzen.

In dit advies wordt onder meer aanbevolen een coördinatiepunt in te stellen ten behoeve van de uitvoering van de in het advies bepleite deelstudies. Als taken voor dit coördinatiepunt worden genoemd:

het ontwikkelen van een kader waarbinnen de deelstudies passen;

het geven van aanzetten tot het verrichten van deelstudies;
 het coördineren en op elkaar afstemmen van de verschillende deelstudies ter voorkoming van lacunes enerzijds en onnodige overlap anderzijds;

het toetsen van de resultaten van de deelstudies aan het van te voren vastgestelde kader.

Gesuggereerd wordt het coördinatiepunt onder te brengen bij WVC. Ter onderbouwing van deze suggestie wordt gesteld dat 'het Ministerie reeds jaren op goede wijze en tot tevredenheid

Postadres ^1 • mp Bezoekadres
 Postbus 90517H m ^^m Prinses Margrietplantsoen 20
 2509 LM 'j-Gravenhage^^ m ^^f^ 'j- Telefoon (070) 47 H 41



Onderwerp : Coördinatiepunt alternatieve behandelwijzen
Ons kenmerk : U3606/G1/WV 201-P4
Bladzijde : 2
Datum : 24 juni 1988

van alle betrokkenen een centrale functie blijkt te vervullen bij met name ook subsidie-aanvragen voor onderzoek op het terrein van de alternatieve geneeswijzen. Veel voor de deelstudies van belang zijnde informatie is daar reeds beschikbaar. Ook een afstemming tussen de deelstudies en de in het kader van het beleid inzake de alternatieve geneeswijzen bestaande, c.q. zich aandienende vragen, kan aldaar rechtstreeks geschieden.'

De Commissie Alternatieve Behandelwijzen van de Gezondheidsraad steunt de suggestie tot het instellen van een coördinatiepunt. Ook kan zij de ten faveure van WVC genoemde punten onderschrijven. De commissie hecht er evenwel aan u onderstaande overwegingen voor te leggen die wellicht kunnen worden betrokken bij de formulering van de gevraagde reactie op dit advies.

In de in 1983 aan de Gezondheidsraad gezonden adviesaanvraag - aan de volledige beantwoording waarvan nog immer wordt gewerkt - wordt als laatste punt geïnformeerd 'of er naar de mening van de Raad gronden zijn om een (mogelijk reeds bestaande) instantie te vragen zich permanent met de vraagstukken die zich in de komende jaren rondom de alternatieve behandelingswijzen zullen aandienen, bezig te houden, en zo ja, op welke wijze dit het beste zou kunnen geschieden'. De commissie is inmiddels overtuigd dat aan een dergelijke 'permanente instantie' inderdaad een concrete behoefte bestaat. Het alternatieve veld neemt gestaag in omvang toe (Nationale Raad voor de Volksgezondheid: Studie kwantitatieve betekenis alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig); ge-



Vice-voonitter

Onderwerp : Coördinatiepunt alternatieve behandelwijzen
Ons kenmerk : U3606/G1/WV 201-P4
Bladzijde : 3
Datum : 24 juni 1988

zien de grote belangstelling voor alternatieve behandelwijzen is het einde van deze groei voorlopig niet in zicht. Het lijkt van belang voor de bepaling van het beleid ten aanzien van de volksgezondheid een gedegen en zo volledig mogelijk inzicht te verkrijgen in de oorzaken en gevolgen van deze ontwikkelingen. Intensieve internationale contacten acht de commissie hierbij onontbeerlijk.

Tot op heden vindt betreffende het onderzoek naar de effectiviteit van de verschillende vormen van alternatieve behandelwijzen een zekere coördinatie plaats door het regelmatig contact dat de binnen uw departement functionerende Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen onderhoudt met de Gezondheidsraadcommissie. Gebleken is dat de binnen de commissie beschikbare kennis op het gebied van geneeskunde, onderzoeksmethodologie en filosofie alsmede de in de loop der jaren in de werkgroepen opgebouwde expertise betreffende de alternatieve behandelwijzen een nuttige aanvulling vormen op de ten departemente beschikbare kennis en ervaring.

Naast effectiviteitsonderzoek doet zich echter de behoefte gevoelen aan andersgericht onderzoek naar de verschillende aspecten van de alternatieve behandelwijzen; het onderzoek naar substitutie-effecten/verzekerbaarheid vormt daarvan slechts een onderdeel. Zo verdient volgens de commissie met name gedisciplineerd en professioneel filosofisch grondslagenonderzoek een gedegen aanpak.

In de gedachtenwisseling over een coördinatiepunt zijn door de commissie bovendien de volgende punten naar voren gebracht.



.....

.....

*l'en-olgi-el**Vice-voorzitter*

Onderwerp : Coördinatiepunt alternatieve behandelwijzen
Ons kenmerk : U3606/G1/WV 201-P4
Bladzijde : 4
Datum : 24 juni 1988

Na het uitbrengen van haar rapport zal de Commissie Alternatieve Behandelwijzen worden opgeheven, hetgeen impliceert dat van eerder genoemde wetenschappelijke bijdrage aan de activiteiten van de departementale Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen langs de thans nog functionerende wegen niet langer sprake kan zijn.

Als bijlage bij het advies van de commissie zullen u een aantal voorstellen voor onderzoek naar de effectiviteit van bepaalde alternatieve behandelwijzen worden voorgelegd. De commissie acht het van belang dat deze voorstellen daadwerkelijk worden uitgevoerd. Wetenschappelijke begeleiding daarbij is onontbeerlijk. Daarnaast is inmiddels voor een aantal onderzoeksvoorstellen - een (mede) door uw Ministerie gefinancierde - pilotstudy van start gegaan. Indien daaraan geen adequate follow-up wordt gegeven, is alle tijd, moeite en geld verspild. Niet alleen op regulier-medisch en technologisch gebied, maar ook in de sociologie en psychologie vinden in hoog tempo ontwikkelingen plaats die het mogelijk maken inzicht te verkrijgen in bepaalde aspecten van de werkzaamheid van een behandelwijze die tot voor kort nog uiterst moeilijk onderzoekbaar waren (gedacht wordt aan de ontwikkeling van schalen ter objectieve bepaling van factoren als algemeen welbevinden en belevingssfeer).

Binnen verschillende patiëntenverenigingen die oorspronkelijk slechts onder reguliere behandeling staande leden telden, floreren thans alternatieve secties. De commissie acht het van belang voor de volksgezondheid dat deze men-



Vice-voorzitter

Onderwerp : Coördinatiepunt alternatieve behandelwijzen
Cns kenmerk : U3606/G1/WV 201-P4
Bladzijde : 5
Datum : 24 juni 1988

sen bij een neutrale instantie terecht kunnen voor verantwoorde informatie over alternatieve behandelwijzen. 5 De commissie acht het, in aansluiting op het sub 4 gestelde, van belang dat ook de reguliere wetenschappelijke verenigingen aandacht besteden aan en de discussie stimuleren omtrent de ontwikkelingen op alternatief gebied die het eigen specialisme raken. Een op wetenschappelijke leest geschoeid coördinatiepunt waar een zo compleet mogelijk inzicht in en overzicht van het alternatieve veld bestaat zou hierbij van groot nut kunnen zijn.

Indien wordt overwogen een coördinatiepunt in te stellen om de op pagina 1 genoemde taken te vervullen, zou de commissie zich kunnen voorstellen dat aan dit coördinatiepunt een ruimere opdracht wordt verstrekt zodat tevens tegemoet kan worden gekomen aan de gesignaleerde behoefte de zich op de verschillende niveau's voltrekkende ontwikkelingen op alternatief gebied te stimuleren en te coördineren.

Benadrukt zij dat het voor het slagen van enigerlei vorm van coördinatie op dit gebied essentieel is dat niet alleen de inhoudelijke kwaliteit van het coördinatiepunt optimaal is, maar dat het coördinatiepunt zich bovendien verzekerd moet weten van de medewerking van alle betrokkenen. Niet alleen moet hierbij worden gedacht aan uw Ministerie, de Gezondheidsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, ziektekostenverzekeraars, IDAG en de verschillende alternatieve koepel-organisaties, maar ook aan de RGO, de universiteiten, wetenschappelijke verenigingen en de **KNAW**.



.....

 Vice-voonitter

Onderwerp : Coördinatiepunt alternatieve behandelwijzen
 Ons kenmerk : U3606/G1/WV 201-P4
 Bladzijde : 6
 Datum : 24 juni 1988

De wijze waarop aan een dergelijk coördinatiepunt vorm zou moeten worden gegeven, is uitvoerig onderwerp van bespreking in de commissie geweest. Als meest ideale oplossingen zijn door de commissie genoemd hetzij installatie van een College Alternatieve Behandelwijzen dat functioneert analoog aan het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, hetzij de oprichting van een Interuniversitair Instituut dat zich met alle genoemde aspecten van de alternatieve geneeswijzen zou kunnen bezighouden. Indien een dergelijke suggestie niet binnen afzienbare termijn te realiseren zou zijn, is het wellicht mogelijk bedoelde coördinatie te laten verrichten door een - bij een daarvoor geschikt instituut onder te brengen - werkgemeenschap. Gezien de onlangs verbrede doelstelling van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek lijkt MEDIGON een te overwegen mogelijkheid.

Tenslotte kan de commissie zich een constructie voorstellen waarin, onder verantwoordelijkheid van WVC, het coördinatiepunt als project binnen een van de universiteiten wordt ondergebracht - hoewel zij zich de bezwaren van een dergelijke minder neutrale oplossing terdege realiseert.

Het benodigde coördinatiepunt zou moeten worden geleid door een expert op het gebied van beleid en management in de gezondheidszorg terwijl voorts een aantal onafhankelijke wetenschappers van niveau tot deelname bereid zouden moeten worden gevonden. De door de leden van de huidige Commissie Alternatieve Behandelwijzen verworven kennis en ervaring ter zake zou benut kunnen worden door enkelen van hen bij de werkzaamheden van het coördinatiepunt te betrekken.



Vice-voanitter

Onderwerp	Coördinatiepunt alternatieve behandelwijzen
Ons kenmerk	U3606/G1/WV 201-P4
Bladzijde	7
Datum	24 juni 1988

Aan de suggestie ten behoeve van de wetenschappelijke aspecten van het werk van het coördinatiepunt een Permanente Beraadsgroep Alternatieve Behandelwijzen bij de Gezondheidsraad onder te brengen kan, hoewel in principe niet onmogelijk, wegens gebrek aan menskracht bij de Raad geen gevolg worden gegeven.

mw dr E Borst-Eilers



BIJLAGE XI

RAPPORTAGE WERKGROEP ACUPUNCTUUR

For east is east and west is west,
and never the twain shall meet
till earth and sky stand presently
at God's great judgements seat.
But there is neither east nor west,
border nor breed nor birth,
when two strong men stand face to face
though they come from the ends of earth!

R. Kipling, Ballads of East and West

INHOUDSOPGAVE

<u>CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN ACUPUNCTUUR</u>	417
WOORD VOORAF	421
VERANTWOORDING	425
1.1 De Werkgroep Acupunctuur	425
1.2 Vraagstelling	425
1.3 Activiteiten	425
INDELING ACUPUNCTUUR	427
2.1 Overzicht	427
2.2 Lichaamsacupunctuur	428
2.2.1 Traditionele acupunctuur	428
2.2.2 Acupunctuur-analgesie	429
2.2.3 Symptomatische acupunctuur	430
2.3 Electrodermale meetmethoden	430
2.3.1 Electro-acupunctuur volgens Voll (EAV)	430
2.3.2 Overige electrodermale meetmethoden	432
2.4 Ooracupunctuur	432
2.4.1 'Primitieve' ooracupunctuur	433
2.4.2 Auriculo-medicinae (oorgeneeskunde met behulp van de 'Pols van Nogier')	433
2.5 Overige vormen van acupunctuur	434
ONDERZOEK ACUPUNCTUUR	435
3.1 Traditionele acupunctuur	435
3.2 Symptomatische acupunctuur	437
3.3 Ooracupunctuur en electrodermale meetmethoden	439
OPZET ACUPUNCTUURONDERZOEK	441
4.1 'Black box' benadering	441
4.2 Patiënten	442
4.3 Uitsluitingscriteria	442
4.4 Controlegroepen	443
4.5 Organisatorische aspecten	445

LITTERATUUR 447

BIJLAGEN

A.I	TRADITIONELE CHINESE GENEESKUNST EN (TRADITIONELE) ACUPUNCTUUR	451
A.II	ELECTRODERMALE MEETMETHODEN	459
A.III	ORACUPUNCTUUR	469
A.IV	ACUPUNCTUUR MET BEHULP VAN LASERS	477
A.V	META-ANALYSE VAN GEPUBLICEEERDE ONDERZOEKINGEN NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN SYMPTOMATISCHE ACUPUNCTUUR	481
A.VI	PROTOCOL VOOR EEN BLACK BOX ONDERZOEK NAAR HET RENDE- MENT VAN ACUPUNCTUUR	485
A.VII	OVERZICHT VAN AANDOENINGEN DIE IN AANMERKING KUNNEN KOMEN VOOR EEN BLACK BOX ONDERZOEK NAAR HET RENDEMENT VAN ACUPUNCTUUR	495
A.VIII	VOORSTEL VOOR FUNDAMENTEEL ONDERZOEK NAAR DE BETEKENIS VAN TRADITIONELE ACUPUNCTUUR: TRANSCRIPTIE	497
A.IX	ACUPUNCTUUR EN DE COMPUTER	501
DOOR DE COMMISSIE BEOORDEELDE ONDERZOEKSVORSTELLEN:		
A.X	DE ONTWIKKELING VAN EEN PROCEDURE GERICHT OP HET VOOR- SPELLEN VAN RESULTATEN VAN NIET-REGULIERE WIJZEN VAN PIJNBESTRIJDING: EEN OPERATIONALISATIE BIJ TENS-BEHAN- DELING	503
A.XI	VOORSTEL VOOR EEN ONDERZOEK NAAR DE DIAGNOSTISCHE MOGELIJKHEDENVAN DE ELECTRO-ACUPUNCTUUR VOLGENS VOLL (EAV) BIJ HET OPSPOREN VAN ONTSTEKINGEN IN HET GEBIT	505
A.XII	VOORSTEL VOOR EEN ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN TCM BIJ DE BEHANDELING VAN PIJN IN DE HOOFD- EN NEK- STREEK, IN HET BIJZONDER SPIERSPANNINGSHOOFDPIJN, HET FIBROMYALGIE/CERVICAAL SYNDROOM EN HET WHIPLASH SYNDROOM	507
XI ^A	JH ENGELBART EN GV KLOPPENBURG: ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN (TRADITIONELE) ACUPUNCTUUR: OVERWEGINGEN EN DENKMODELLEN	509

CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK
NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN ACUPUNCTUUR

Een duidelijk onderscheid dient te worden gemaakt tussen de traditionele acupunctuur als onderdeel van de traditionele Chinese geneeskunst (Traditional Chinese Medicine, TCM) en de westers georiënteerde vormen van acupunctuur: symptomatische acupunctuur, behandelingen gebaseerd op electrodermale meetmethoden, ooraacupunctuur en de overige vormen zoals hand-, neus-, schedel- en mondacupunctuur. Dit laat onverlet dat het rendement van deze verschillende vormen van acupunctuur volgens eenzelfde protocol kan worden onderzocht*.

Het is in principe mogelijk het rendement van de verschillende vormen van acupunctuur te onderzoeken met behulp van vergelijkend gerandomiseerd onderzoek.

Onderzoek naar het rendement van een behandeling met laseracupunctuur of van een behandeling gebaseerd op electrodermale meetmethoden (veelal met homeopathica of nosoden) kan dubbelblind en met placebo-controle worden uitgevoerd. Evaluatie van dergelijk onderzoek zal echter, gezien de in paragraaf 10.3 van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek opgesomde bezwaren, dermate gecompliceerd zijn dat een dergelijk opzet moet worden ontraden.

Onder 'rendementsonderzoek' wordt in deze rapportage verstaan een onderzoek waarbij wordt gezien of een acupunctuurbehandeling (volgens een black box benadering) naar westerse regulier-medische maatstaven een verandering in de toestand van een patiënt kan bewerkstelligen.

Onderzoek naar het rendement van die westerse vormen van acupunctuur waarbij van naalden gebruik wordt gemaakt, kan enkelblind en met placebo-controle worden uitgevoerd. Evaluatie van dergelijk onderzoek stuit echter op dezelfde problemen als bedoeld sub 3. Extra complicatie is dat het resultaat van een acupunctuur-behandeling met naalden te beschouwen is als samengesteld uit verschillende componenten*, waardoor het uiterst moeilijk te beoordelen is welk deel van het eventueel bereikte resultaat zou kunnen worden toegeschreven aan een feitelijke, eigen werking van acupunctuur .

Het rendement van een traditionele acupunctuur-behandeling kan volgens een black box benadering worden onderzocht. Gezien de mogelijke parallellen tussen de (geclaimde) werking van TCM (en van de traditionele acupunctuur als integraal onderdeel daarvan) en het placebo-fenomeen, zullen zich bij de evaluatie van dergelijke onderzoeken de sub 3 en 4 bedoelde problemen in verhevigde mate voordoen.

Voor het verkrijgen van inzicht in de betekenis van acupunctuur is het van belang op fundamenteel niveau onderzoek te doen naar het placebo-fenomeen.

namelijk:

- 1) het (te onderzoeken) 'specifieke' acupunctuureffect,
- 2) het neurofysiologische effect van de naaldsteek - dat in de mate van optreden afhankelijk is van de plaats van de punctie en de toegepaste stimulatie (het 'aspecifiek' effect) en 3) het placebo-effect - dat per patiënt zal verschillen, dat afhankelijk is van de persoon van de behandelaar en van de setting waarin de behandeling plaatsvindt en dat via gewaarwording van acupunctuurwerkingen kan worden versterkt ('superplacebo'¹). In theorie zou het veronderstelde TCM-effect een vierde component kunnen zijn.

De te toetsen hypothesen zijn de specifieke claims van de desbetreffende vorm van acupunctuur:

7.1 Westerse vormen van acupunctuur

- a) Het inbrengen en manipuleren van naalden (resp. stimulering met behulp van electriciteit, moxa of een laser), in (resp. ter plaatse van) aan een (ziek) orgaan of orgaansysteem gerelateerde punten of puntcombinaties op het lichaam bevordert het herstel van dat orgaan of orgaansysteem.
- b) Door het aanprikken (resp. stimuleren) van zogenaamde algemene punten kan het algemeen herstel van een patiënt worden bevorderd.

7.2 Behandeling gebaseerd op electrodermale meetmethoden

Aan de verschillende electrodermale diagnostische methoden liggen evenzovele hypothesen ten grondslag die, voordat aan onderzoek naar de resultaten van een op deze diagnostiek gebaseerde behandeling enigerlei conclusie kan worden verbonden, alle toetsing behoeven. De werkgroep is op de aan deze methoden ten grondslag liggende hypothesen niet nader ingegaan. Zij acht echter, gezien de frequente toepassing van deze methoden, nader onderzoek op dit gebied gewenst.

7.3 Traditionele acupunctuur

Het inbrengen en manipuleren van naalden in bepaalde omschreven punten op het lichaam beïnvloedt direct en gericht het persoonlijke geneesproces* van de patiënt respectievelijk diens vermogen tot herstel van zijn gezondheid.

Onder 'geneesproces' wordt het geheel van processen verstaan via welke de patiënt herstelt.

WOORD VOORAF

Aan het vaststellen van de thans voorliggende, zeer beknopte rapportage van de Werkgroep Acupunctuur is diepgaand en uitvoerig overleg voorafgegaan. De werkgroep hecht eraan enkele haars inziens relevante punten die hierbij naar voren zijn gekomen te memoreren.

Vraagstelling was het aangeven van (een) methode(n) met behulp waarvan het mogelijk zou zijn vast te stellen of 'de acupunctuur' effectief is. Hiertoe heeft de werkgroep in eerste instantie een overzicht opgesteld van de verschillende vormen van acupunctuur die in Nederland worden toegepast, inclusief de bijbehorende diagnostische methoden. Daarbij bleek dat de 'reguliere' werkgroepleden moeite zouden hebben de eventuele resultaten te accepteren uit effectiviteitsonderzoek dat zou zijn gebaseerd op niet-gevalideerde diagnostische methoden. Uit de discussies over een mogelijke oplossing van dit probleem kwamen twee opties naar voren voor de aanpak van de aan de werkgroep voorgelegde opdracht:

- 1 De verschillende meetmethoden globaal aanduiden; vervolgens een rendementsonderzoek voorstellen volgens het 'black box'- principe waarbij ook de diagnostische methoden in de 'black box' worden opgenomen. Bij eventueel positief resultaat nader onderzoek doen naar de gebruikte diagnostische methoden.
- 2 De verschillende meetmethoden nauwkeurig omschrijven aan de hand van bestudering, bespreking en becommentariëring van de desbetreffende literatuur; de validiteit van deze methoden onderzoeken/vaststellen. Vervolgens onderzoek uitvoeren naar de effectiviteit van

een op valide gebleken diagnostische methoden gebaseerde acupunctuur-behandeling.

Na rijp beraad is de werkgroep tot de overtuiging gekomen dat - om pragmatische redenen - de eerste optie de voorkeur verdient. Zij wijst er op dat de resultaten van een dergelijk rendementsonderzoek niet mogen worden geëxtrapoleerd buiten het onderzochte deelgebied (noch wat betreft de vorm van acupunctuur, noch wat betreft de indicatie). Bovendien zeggen noch positieve noch negatieve resultaten uit dergelijk onderzoek iets over de aan de behandeling ten grondslag liggende filosofie*.

De ethische bezwaren die mogelijkerwijs zouden kunnen worden aangevoerd tegen een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van niet-gevalideerde diagnostische methoden heeft de werkgroep gemeend te kunnen ondervangen door te adviseren voor- en nacontrole met behulp van reguliere diagnostische methoden te verrichten; daarna is de acupuncturist vrij de patiënt te behandelen conform zijn eigen methoden en dus gebaseerd op zijn eigen diagnostiek.

WHO

De werkgroep vestigt de aandacht op het begin 1991 door een Scientific Group van de WHO uitgegeven Report 'A proposed Standard international acupuncture nomenclature' (WH091). In dit rapport wordt, gezien de 'unprecedented expansion of interest in acupuncture around the world', de behoefte geuit aan een

'authoritative list of what conditions can effectively be treated by acupuncture¹,

welke lijst slechts kan worden opgesteld nadat

'each claim of efficacy has been examined and either verified or rejected'.

In bijlage XI^A gaan de traditionele acupuncturisten nader in op de aan de traditionele geneeskunst ten grondslag liggende filosofie en op de fundamentele problemen waarop men stuit bij de opzet van effectiviteitsonderzoek op dit gebied.

Bepleit wordt dat dergelijke onderzoeksresultaten

'be brought together for comparison and conclusions drawn'.

Vervolgens wordt gesteld

'WHO has a role to play in consolidating existing guidelines on research methodology so as to ensure the comparability of results. The Organization can also provide the ethical guidance needed on clinical and basic research, and serve as a documentation centre'.

Het lijkt derhalve raadzaam, indien uitvoering wordt gegeven aan de advisering van de werkgroep, in contact te treden met de WHO-Scientific Group on International Acupuncture Nomenclature.

VERANTWOORDING

1.1 DE WERKGROEP ACUPUNCTUUR

Door de Voorzitter van de Gezondheidsraad is bij besluit dd 11 november 1985 ingesteld de Werkgroep Acupunctuur.

Namens de commissie namen in deze werkgroep zitting prof dr PE Voorhoeve (Voorzitter), prof dr FWJ Gribnau, prof dr GJ Mellenbergh en prof dr PA Vroon (tot april 1987).

Op verzoek van de Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG) is door de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV) als deskundige afgevaardigd de heer L Alyon, arts voor acupunctuur en homoeopathie en door de Nederlands-Belgische Stichting voor Auriculo-Medicinae dr D de Haas, tandarts.

De anesthesiologen JH Engelbart en GV Kloppenburg zijn vanwege hun kennis van de lichaamsacupunctuur uitgenodigd zitting te nemen in de werkgroep.

Als secretaris van de werkgroep fungeerde mw MA Goppel, secretaris van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen.

1.2 VRAAGSTELLING

Aan de Werkgroep Acupunctuur is gevraagd aan te geven met welke onderzoeksmethodieken de effectiviteit van 'de acupunctuur' zou kunnen worden onderzocht.

1.3 ACTIVITEITEN

De werkgroep heeft in de periode van november 1985 - juli 1986 vier maal vergaderd. Mede namens de heer Kloppenburg

heeft de heer Engelbart medio 1989 in een persoonlijk onderhoud met de Voorzitter en de Secretaris van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen een nader uitgewerkt voorstel toegelicht voor een onderzoek naar de mogelijkheden van transcriptie van in de traditionele acupunctuur gehanteerde (Chinese) begrippen naar westerse (natuurwetenschappelijke) equivalenten (zie 3.1 en bijlage A.VIII).

Op verzoek van de plenaire commissie heeft de secretaris contact opgenomen met dr W Boermeester, arts/acupuncturist te Kapellen, België, teneinde nadere informatie in te winnen omtrent diens ervaringen met het door hem ontwikkelde systeem voor gecomputeriseerde registratie van patiënten-gegevens en evaluatie van behandelresultaten. Hierover wordt gerapporteerd in bijlage A.IX.

Op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur hebben verschillende leden van de werkgroep (afhankelijk van het onderwerp) zich gebogen over ten departemente ingediende onderzoeksvoorstellen en daaromtrent een prae-advies uitgebracht. Een korte rapportage van deze activiteiten is opgenomen in bijlage A.X t/m A.XII.

De concept-rapportage van de werkgroep is medio 1990 door de plenaire commissie besproken. Het geleverde commentaar maakte het nodig de rapportage te herzien; daartoe hebben in 1991 nog vier werkgroep-vergaderingen plaatsgevonden. Daarnaast zijn de aan de lichaamsacupunctuur gewijde onderdelen van deze rapportage in een zestal besprekingen tussen de heren Engelbart en Kloppenburg en de secretaris voorbereid.

De tekst van de onderhavige rapportage is in het najaar van 1991 schriftelijk ter fiattering aan de leden voorgelegd. De onderhavige versie is eind 1991 door de Commissie Alternatieve Behandelwijzen geaccepteerd.

De werkgroepleden Engelbart en Kloppenburg hebben de door hen op persoonlijke titel geschreven bijlage 'Onderzoek naar de effectiviteit van (traditionele) acupunctuur, overwegingen en denkmodellen' (bijlage XI^A) in 1992/1993 herzien na kennis te hebben genomen van de inhoud van het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' (hoofdstuk 10) uit het advies van de commissie.

INDELING ACUPUNCTUUR

2.1 OVERZICHT

Alvorens de gestelde vraag te kunnen beantwoorden, bleek het noodzakelijk een onderscheid te maken tussen de verschillende vormen van acupunctuur:

- 1 Lichaamsacupunctuur. een behandeling via punten op het lichaam, die kan worden onderscheiden in
 - a) de traditionele acupunctuur die beoogt het 'energetisch evenwicht' van de mens in stand te houden dan wel te herstellen, of, anders gezegd, de mens in harmonie te houden dan wel te brengen met zijn persoonlijke leefsituatie
 - b) de van de traditionele acupunctuur afgeleide symptomatische acupunctuur die wordt toegepast ter beïnvloeding van ziekteprocessen
 - c) de acupunctuur-analgesie.
- 2 Electrodermale meetmethoden, waaronder een aantal voornamelijk diagnostische - methoden wordt verstaan waarvan de belangrijkste zijn:
 - a) electro-acupunctuur volgens Voll (EAV)
 - b) bio-electronische functie diagnostiek (BFD)
 - c) segmentelectrografie (SEG)
 - d) vegatest.
- 3 Ooracupunctuur. waarbij onderscheid kan worden gemaakt tussen
 - a) de 'primitieve' ooracupunctuur
 - b) de auriculo-medicinae (oorgeneeskunde met gebruik van de 'pols van Nogier', ofwel het 'vasculair autonoom signaal' (VAS)).

4 Overige vormen van acupunctuur:

- a) handacupunctuur
- b) neusacupunctuur
- c) schedelacupunctuur
- d) mondacupunctuur

In de praktijk wordt vaak een combinatie van de verschillende vormen van acupunctuur toegepast en worden ook andere indelingen dan de hierboven gemaakte gehanteerd. Vaak blijkt geen scherp onderscheid te worden gemaakt tussen 'traditionele' en 'symptomatische' acupunctuur. Er zij bovendien op gewezen dat de werkgroep - in navolging van het hier te lande onder de desbetreffende beroepsbeoefenaren gangbare woordgebruik - het begrip 'electro-acupunctuur' reserveert voor de EAV. De verzamelnaam 'electrodermale meetmethoden' wordt gebruikt voor de EAV en de daarvan afgeleide methoden.

Het stimuleren van naalden met behulp van elektrische stroom rubriceert de werkgroep onder de lichaamsacupunctuur. In de litteratuur wordt deze laatste vorm van acupunctuur veelal ook met 'electro-acupunctuur' aangeduid.

2.2 LICHAAMSACUPUNCTUUR

2.2.1 Traditionele acupunctuur

De traditionele acupunctuur zou men kunnen omschrijven als een behandelwijze die claimt het zelfhelend vermogen van de patiënt te mobiliseren dan wel te stimuleren - althans te beïnvloeden - door het inbrengen en manipuleren van naalden in bepaalde, omschreven punten op het lichaam. Dit zelfhelend vermogen kan worden vertaald als het proces dat de dynamiek van het 'energetisch evenwicht' tussen de mens en zijn omgeving - en daarmee de gezondheid - in stand houdt. Deze benadering impliceert dat een traditionele acupunctuurbehandeling een strikt individuele behandeling is.

De traditionele acupunctuur maakt deel uit van de traditionele Chinese geneeskunst (Traditional Chinese Medicine,

TCM) . Hieronder wordt een vorm van levensbegeleiding verstaan die tevens kruidenbehandelingen omvat en die voorschriften geeft op het gebied van onder meer leefwijze, hygiëne en voeding, maar ook ten aanzien van het psychosociaal functioneren. In de traditionele Chinese geneeskunst staat een omschreven gezondheid-begrip centraal dat berust op het uitgangspunt dat het persoonlijke energetische evenwicht van de mens op onlosmakelijke en integrale wijze voortdurend deel uitmaakt van het algehele dynamische evenwicht waarin de gegeven leefsituatie plaatsheeft. In het oude China bezocht en behandelde de traditionele acupuncturist zijn patiënten dan ook regelmatig, ook wanneer ze ogenschijnlijk gezond waren; hij begeleidde de totale mens op zijn levensweg, bij gezondheid en ziekte. Deze benadering staat recht tegenover de westerse opvattingen volgens welke mensen pas hun arts consulteren in geval van manifeste afwijkingen, ziekteverschijnselen of klachten zoals pijn. De traditionele acupuncturist speelde dan ook oorspronkelijk een geheel andere rol dan de arts in de moderne westerse geneeskunde.

bijlage XI wordt ingegaan op de ^A In bijlage A. I en TCM en de traditionele acupunctuur en op de werkzaamheid* en de mogelijke werking* en werkwijze* van de behandeling en op de aanpak van onderzoek op dit gebied. Deze materie is nader [^] uitgewerkt in bijlage XI (Onderzoek naar de effectiviteit van traditionele acupunctuur; overwegingen en denkmodellen).

2.2.2 Acupunctuur-analoesie

Van de traditionele acupunctuur zijn verschillende acupunctuurvormen afgeleid die in de westerse wereld ingang

Werkzaamheid (of: effectiviteit) van een behandeling: het totale resultaat dat met de behandeling van een patiënt wordt bereikt zoals dit wordt ervaren door patiënt en behandelaar in hun eigen belevingswereld ('total outcome').

Werking van een behandeling: het als gevolg van die behandeling optreden van (meetbare) fysiologische veranderingen.

Werkwijze van een behandeling: de (hypothetische) natuurwetenschappelijk beschrijfbaar mechanismen volgens welke de werking van die behandeling tot stand komt.

hebben gevonden en waarbij naaldstimulatie op de voorgrond staat. Een voorbeeld hiervan is de acupunctuur-analgesie (ten onrechte ook wel acupunctuurnarcose genoemd) waarbij (waarschijnlijk) de stimulatie op zichzelf meer van belang is dan de eventuele eigenschappen - zoals bij de acupunctuurbehandeling - van de punten die worden gestimuleerd. Deze vorm van acupunctuur wordt onder meer toegepast om analgesie te bewerkstelligen bij operatieve ingrepen (peroperatieve pijnbestrijding, Kho91).

Omdat acupunctuur-analgesie niets te maken heeft met acupunctuur als behandelwijze en bovendien reeds uitvoerig is onderzocht, heeft de werkgroep zich niet met deze acupunctuurtoepassing beziggehouden.

2.2.3 Symptomatische acupunctuur

Een andere acupunctuurvorm die zich uit de traditionele acupunctuur heeft ontwikkeld, is de zogenaamde symptomatische acupunctuur. Dit is een vorm van lichaamsacupunctuur waarbij men niet primair de zieke maar de ziekte behandelt; men streeft niet meer naar het opsporen van een verstoord energetisch evenwicht en het herstel daarvan met een gerichte behandeling, maar men behandelt de patiënt met behulp van bepaalde punten of puntcombinaties die met betrekking tot het gegeven ziektebeeld werkzaam worden geacht. Met deze ziektegerichte behandeling is de essentie van het traditionele acupunctuur-concept verloren gegaan - hetgeen eerder moet worden gezien als een teken van annexatie door het westerse denken dan van acceptatie van de acupunctuur.

2.3 ELECTRODERMALE MEETMETHODEN

2.3.1 Electro-acupunctuur volgens Voll (EAV)

Uitgaande van de grondbeginselen van de traditionele acupunctuur is in de jaren vijftig door de Duitse huisarts R Voll de electro-acupunctuur ontwikkeld. Doel was vooral de lichaamsacupunctuur voor westers geschoolden hanteerbaar te maken.

Voll heeft bij de ontwikkeling van zijn methode onder meer gebruik gemaakt van een constatering die ook door andere onderzoekers (onder anderen Niboyet, Nib63) was gedaan, namelijk dat op de huid vele punten voorkomen waar de weerstand voor elektrische stroom lager is dan in het omgevende huidgebied. Gebleken is dat de plaatsen waar men topografisch de acupunctuurpunten localiseert ook altijd een verlaagde weerstand hebben.

Aanhangers van de methode van Voll stellen dat het mogelijk is door elektrische metingen aan de acupunctuurpunten afwijkingen in de corresponderende organen of lichaamsdelen op te sporen, vaak al voordat deze op andere wijze zijn te constateren. Dit zou mogelijk zijn doordat men met behulp van dergelijke metingen blokkades (ook wel stoorvelden of foei genoemd; dit zijn locale ontstekingsachtige haarden waarin zich zogenaamde toxinen kunnen ophopen die een ziekmakende invloed kunnen hebben op de rest van het lichaam) zou kunnen opsporen. Regelmatig blijken dergelijke foei zich in het keel-, neus-, oor- en mondgebied te bevinden, veelal rondom wortelpunten in het levende kaakweefsel. Overeenkomstige waarnemingen zijn in de ooracupunctuur gedaan. Dergelijke problemen in de mond en de gevolgen daarvan voor het gehele lichaam kunnen zonder tandheelkundige inbreng niet worden opgelost. Dit verklaart de participatie van tandartsen - die allen een volledige acupunctuuropleiding moeten volgen - in de diagnostiek en behandeling met behulp van electro- en ooracupunctuur.

Met behulp van de electro-acupunctuur volgens Voll wordt ook de invloed van medicamenten (zowel homoeopathisch als regulier) op het menselijk lichaam gemeten zonder dat deze medicamenten aan de patiënt worden toegediend (de zogenaamde 'geneesmiddelentest'). Hiertoe brengt men het medicament zelf, bijvoorbeeld als tablet, of een receptaculum dat het medicament bevat, bijvoorbeeld een ampul, in direct contact met de patiënt. Het juiste medicament tegen de aandoening van de patiënt zou een meetbare verandering in het correlerende acupunctuurpunt veroorzaken (zie bijlage A.II). Op eenzelfde wijze wordt gebruik gemaakt van 'nosoden'; homoeopathisch ver-

vaardigde geneesmiddelen (D5-D200) op basis van ziekte-veroorzakende bacteriën en virussen of van secreten, excreten en ziek weefsel.

2.3.2 Overige electrodermale meetmethoden

Uit de methode van Voll zijn verschillende andere diagnostische methoden ontwikkeld die steeds minder met 'acupunctuur' in traditionele zin te maken hebben. Deze methoden hebben over het algemeen het doel inzicht te verkrijgen in het functioneren van sturende of regulerende systemen in het lichaam (in het bijzonder het zogenaamde 'basis-bio-regulatiesysteem', zie o.a. Wij 85), teneinde daarmee een aanvulling op en uitbreiding van de reguliere diagnostiek te bereiken. Genoemd kunnen worden de bio-electrische functiediagnostiek (BFD), de impuls- en decoderdermografie, de segmentelectrografie (SEG) en de vegatest (zie bijlage A.II).

De op electrodermale diagnostiek gebaseerde behandeling bestaat voornamelijk uit toediening van de met behulp van de geneesmiddelentest uitgemeten homoeopathica of nosoden; soms wordt acupunctuur toegepast.

Aan de verschillende electrodermale diagnostische methoden liggen evenzovele hypothesen ten grondslag die, voordat aan de resultaten die deze methoden opleveren enigerlei conclusie kan worden verbonden, alle toetsing behoeven. De werkgroep is op deze hypothesen niet nader ingegaan. Gezien het frequente gebruik van de electrodermale meetmethoden en de consequenties voor de patiënt van een op ongevalideerde diagnostiek gebaseerde behandeling, acht de werkgroep nader onderzoek op dit gebied echter zeer noodzakelijk (zie ook 3.3).

2.4 OORACUPUNCTUUR

Ooracupuncturisten beschouwen hun behandelwijze als een volledig westerse methode. Men maakt onderscheid tussen twee vormen van ooracupunctuur: de zogenaamde 'primitieve' ooracupunctuur en de auriculo-medicinae.

2.4.1 'Primitieve' ooracupunctuur

De 'primitieve' ooracupunctuur is gebaseerd op reflexen: wanneer ergens in het lichaam een storing bestaat, zou dit waarneembaar zijn als een gevoelig plekje op het oor. Dit plekje heeft een andere weerstand voor elektrische stroom dan zijn omgeving. Volgens de ooracupuncturisten zijn de ooracupunctuurpunten, in tegenstelling tot de altijd te localiseren lichaamsacupunctuurpunten, alleen te vinden als er een functiestoornis in het corresponderend orgaan bestaat; zij zijn dan altijd gelocaliseerd aan dezelfde kant als de functiestoornis. Op het oor van een lichamenlijk en geestelijk volkomen gezond persoon zijn geen ooracupunctuurpunten te vinden. Door de gevonden oorpunten aan te prikken, behandelen ooracupuncturisten, via de daardoor optredende reflexen, de met deze punten correlerende stoornissen of afwijkingen (zie bijlage A.III).

2.4.2 Auriculo-medicinae (oorgeneeskunde met behulp van de 'Pols van Nogier')

De Franse klassieke acupuncturist Nogier ontdekte dat micro-stimulatie van ooracupunctuurpunten een aan de pols voelbare reactie kan veroorzaken (Nog83). Volgelingen van Nogier nemen thans aan dat het lichaam over bepaalde 'antenne-systemen' beschikt die zijn verbonden met het vegetatieve (met name het orthosympathische) zenuwstelsel en die reageren op het toedienen van micro-informatie zoals het langs het oor bewegen van een bepaalde kleur licht of een bepaald (regulier of homoeopathisch) geneesmiddel of een nosode. Resultaat van een dergelijke - zeer geringe - prikkel zou een acute verandering in de doorbloeding van de eindarteriën zijn, hetgeen aan de pols een voelbare reactie veroorzaakt. Men spreekt van een 'réflexe auriculo cardiaque' (RAC) ofwel vasculair autonoom signaal (VAS) (zie bijlage A.III).

Beoefenaren van de auriculo-medicinae stellen dat zij met behulp van deze aan de pols voelbare reactie kunnen bepalen waar op het oor het punt is gelocaliseerd dat het meest

duidelijke VAS geeft; dit punt zou gerelateerd zijn aan het zieke of aangedane orgaan of lichaamsdeel. Indien de patiënt in direct contact wordt gebracht met het voor de behandeling van de desbetreffende kwaal geïndiceerde geneesmiddel, neemt het VAS sterk af.

In principe zou met behulp van de pols van Nogier hetzelfde kunnen worden onderzocht als met de EAV-diagnostiek.

De behandeling door ooracupuncturisten is zowel orgaangebonden als constitutioneel: om het verstoorde evenwicht te herstellen prikt men orgaangerelateerde oorpunten aan, maar ook algemene punten die een niet orgaan-gebonden werking hebben via welke het herstel van de patiënt zou kunnen worden bevorderd. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van reguliere en homoeopathische geneesmiddelen en van nosoden.

2.5 OVERIGE VORMEN VAN ACUPUNCTUUR

Naast de hiervoor genoemde acupunctuurvormen kent men bovendien hand-, neus-, schedel- en mondacupunctuur. Deze methoden worden in Nederland slechts op heel beperkte schaal toegepast.

Een uitzondering moet worden gemaakt voor de schedelacupunctuur. Bij deze vorm van acupunctuur gaat men er van uit dat een relatie bestaat tussen bepaalde hersengebieden en punten (of zones) op de hoofdhuid welke als acupunctuurpunten kunnen worden gebruikt (Uml90, Shu91). Gerapporteerd is dat bij bepaalde hersenaandoeningen (zoals hersenbloedingen), maar ook bij vertigo, paresen en pijn, met schedelacupunctuur na jaren nog resultaten te behalen zijn die op geen enkele andere wijze te realiseren zouden zijn.

ONDERZOEK ACUPUNCTUUR

3.1 TRADITIONELE ACUPUNCTUUR

Natuurwetenschappelijk onderzoek op het gebied van de traditionele acupunctuur is tot op heden nooit verricht; derhalve blijft de vraag of traditionele acupunctuur inderdaad, op directe en specifieke wijze, het energetisch evenwicht - resp. het 'genezen' - van de mens beïnvloedt vooralsnog onbeantwoord. Hierbij speelt mee dat geen parameters voorhanden zijn betreffende de binnen de traditionele acupunctuur geldende begrippen (zoals 'energetisch evenwicht'; 'genezen', 'gezondheid') die in de context van natuurwetenschappelijk onderzoek hanteerbaar zouden kunnen zijn. Oorzaak is dat de traditionele Chinese geneeskunst (Traditional Chinese Medicine, TCM) wortelt in de Taoïstische filosofie en de Confucionistische wetenschapsmethode waarin harmonie-dysharmoniepatronen vigeren die niet overeenkomen met westerse ziekte- en gezondheidsbegrippen. Hieruit vloeit voort dat de doelstellingen van een traditionele acupunctuur-behandeling anders kunnen zijn dan die van een westers-geneeskundige behandeling.

Onderzoek naar de betekenis van de traditionele acupunctuur acht de werkgroep dan ook niet mogelijk dan na het (via transcriptie*) toegankelijk maken van de in de TCM gehanteerde (Chinese) begrippen voor (westerse) natuurwetenschappe-

Het 'vertalen' van logisch onvergelykbare, ogenschijnlijk incommensurabele (d.w.z. een gemeenschappelijke maatstaf ontberende) theorieën naar empirische equivalentie, teneinde tot een en dezelfde werkbare context te komen, waarin alsnog praktische vergelijking mogelijk is.

lijke interpretatie (zie bijlage A.I, A.VIII en XI^A). Dit laat onverlet dat een rendementsonderzoek, waarbij slechts wordt gezien of een traditionele acupunctuurbehandeling (volgens een black box benadering) naar westerse regulier-medische maatstaven een verandering in de toestand van een patiënt kan bewerkstelligen, in principe wel mogelijk is. Om enig inzicht te verkrijgen in de invloed van een traditionele acupunctuurbehandeling op de patiënt zal, naast regulier-diagnostische metingen voor en na de behandeling, het subjectieve welbevinden en gezondheidsbeleven van de patiënt met behulp van daartoe ontwikkelde vragenlijsten voor en na de behandeling moeten worden geëvalueerd.

Een dergelijk onderzoek zou zich naar de mening van de werkgroep moeten richten op de vorm waarin de traditionele acupunctuur de laatste vijf a tien jaren in Nederland in toenemende mate wordt onderwezen en toegepast. Bij deze vorm van traditionele acupunctuur wordt het gebruik van naalden gecombineerd met traditionele kruidentherapie; ook worden Tai Ji Quan*, Qi Gong** en Chinese massage*** toegepast.

Indien de gehele traditionele acupunctuur-behandeling in een black box wordt opgenomen, kan het rendement van traditionele acupunctuur worden onderzocht volgens eenzelfde onder-

Doel van Tai Ji Ouan. ook wel 'bewegende meditatie' genoemd, is het bevorderen van de gezondheid door het bewerkstelligen van een voordurende toestand van 'bewegend evenwicht'. Dit kan worden bereikt door bepaalde langzame, ontspannen, soepele bewegingen te combineren met bepaalde ademhalingstechnieken. Zo wordt spirituele rust en ontspanning bereikt waardoor de doorstroming van het lichaam met 'Qi' (levensenergie; nadere omschrijving: zie bijlage XI^A, hoofdstuk 6) wordt bevorderd.

Qi Gong: traditionele Chinese oefenmethode die zich richt op het opbouwen van 'Qi' door het oefenen van de geest, de ademhaling en het lichaam.

De traditionele Chinese massage kent een twintigtal technieken, die van de westerse massage technieken niet zozeer verschillen in de wijze van masseren, als wel in de plaats: de Chinese masseur richt zijn aandacht en zijn kracht (Qi) niet op spiermassa's of relatief grote huidoppervlakten, maar op de minuscule huidgebieden en trajecten die overeenkomen met respectievelijk de acupunctuurpunten en de meridianen.

zoeksopzet als volgens welke het rendement van behandelingen gebaseerd op electrodermale meetmethoden en het rendement van ooracupunctuur kunnen worden onderzocht.

Ook is het mogelijk het rendement van de verschillende acupunctuurmethoden in één veelomvattend onderzoek vast te stellen. Een voorstel voor een dergelijk onderzoek is opgenomen als bijlage A.VI. Bij dit onderzoek is in controlegroepen voorzien (zie 4.4); rendementsonderzoek met placebo-controle zou niet realistisch zijn omdat binnen de traditionele Chinese geneeskunst het begrip 'placebo' - in de zin van het (bij klinisch onderzoek) toedienen van een behandeling waarvan geen werking wordt verwacht - geen plaats heeft. 'Placebo' vormt een wezenlijk onderdeel van de behandeling (zie bijlage A.I en ^A XI , alsmede het hoofdstuk 'Placebo-perikelen (hoofdstuk 10) van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek).

Daarenboven zou, gezien de in paragraaf 10.3 van het advies verwoorde bezwaren tegen onderzoek met placebo-controle, opzet en evaluatie van rendementsonderzoek van acupunctuur met placebo-controle bijzonder gecompliceerd zijn.

3.2 SYMPTOMATISCHE ACUPUNCTUUR

Op het gebied van de symptomatische acupunctuur zijn in erkende universitaire centra in het buitenland vrij veel onderzoekingen uitgevoerd; de resultaten daarvan zijn (en worden nog steeds) regelmatig gepubliceerd, ook in reguliere medische tijdschriften (zie ook bijlage A.V). Deze onderzoekingen hebben als regel betrekking op de naar westerse maatstaven gemeten werkzaamheid* (het rendement) van de behandelwijze. Naarmate meer factoren bijdragen tot het klachtenpa-

Onder de 'werkzaamheid' van een behandeling wordt het totale resultaat verstaan dat met de behandeling van een patiënt wordt bereikt. Omdat datgene wat onder 'werkzaamheid' wordt begrepen, wordt bepaald door het denkkader en mensbeeld, niet alleen van behandelaar en patiënt maar ook van de onderzoeker, wordt het woord 'rendement' gebruikt om werkzaamheid volgens westerse maatstaven aan te geven (zie ook de begrippenlijst (hoofdstuk 19) bij het advies).

troon en meer variabelen een rol spelen in de therapeutische setting, wordt het onderzoek naar het effect van de symptomatische acupunctuur gecompliceerder en zijn de publicaties navenant moeilijker te interpreteren. Dit geldt des te meer wanneer de behandelaars een niet-westerse achtergrond en opleiding hebben, omdat in dat geval datgene wat als 'werkzaamheid' wordt gezien beduidend kan afwijken van het naar westerse maatstaven gemeten 'rendement'.

Gerapporteerd is onder meer over beïnvloeding van pijnklachten (zowel vage, chronische pijnklachten als meer circumscripate, kort-bestaande pijnklachten (bijvoorbeeld tenniselleboog)), maar ook over de behandeling van asthma, reumatoïde artritis en (nicotine-, alcohol- en drugs)verslaving. Betreffende de mogelijke werking of werkwijze van de symptomatische acupunctuur geven de diverse publicaties vooralsnog geen uitsluitel.

Vele van de gepubliceerde onderzoeken vermelden slechts de resultaten series behandelde patiënten, maar ook zijn onderzoeken met controlegroepen beschreven. Uit een op gespecificeerde criteria gebaseerde meta-analyse van 91 gepubliceerde onderzoeken van symptomatische acupunctuur (met controlegroep) die - met subsidie van WVC - werd uitgevoerd door de Vakgroep Epidemiologie en Gezondheidszorgonderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg kwam naar voren dat, naarmate een onderzoek beter was opgezet (volgens de door de onderzoekers gehanteerde criteria), de resultaten van de behandeling minder positief bleken*. De Limburgse onderzoekers verwachten dat uitsluitend met behulp van goed opgezette experimenten met grote aantallen patiënten zou kunnen worden uitgemaakt of symptomatische acupunctuur effectief is (Rie89, zie bijlage A.V). De werkgroep deelt deze conclusie. Gezien de hoeveelheid beschikbare informatie betreffende het rendement van de sympto-

De werkgroep is zich bewust van het bestaan van een grote hoeveelheid niet-gepubliceerd onderzoeksmateriaal dat zich aan haar waarnemingen onttrekt. De Limburgse onderzoekers gaan op dit verschijnsel van 'publicatie-bias' in een later artikel in (Kle92, zie ook Eas91).

matische acupunctuur, zou het zonder meer op beperkte schaal herhalen van dergelijke onderzoeken binnen de Nederlandse situatie niet zinvol zijn - tenzij de regering (maar dit zou een geheel andere vraagstelling zijn) zou willen weten of de resultaten van symptoma tische acupunctuurbehandeling in Nederland zijn te vergelijken met die in het buitenland.

3.3 OORACUPUNCTUUR EN ELECTRODERMALE MEETMETHODEN

Op het gebied van de ooracupunctuur en de electrodermale meetmethoden is tot op heden weinig goed effectiviteitsonderzoek gepubliceerd. De frequente toepassing van electrodermale meetmethoden heeft recent wel geleid tot kritisch onderzoek naar de methode (Kle89,90; Wij89,91; Gre90). Hieruit kwam onder meer naar voren dat de diagnostiek met behulp van EAV niet kan zijn gebaseerd op elektrische metingen van de huidweerstand. Over de conclusies die hieruit kunnen worden getrokken, bestaat vooralsnog geen eenstemmigheid (Kas91).

De werkgroep verwacht dat onderzoek naar het effect (het rendement) van deze methoden wel te realiseren is. De te verwachten problemen zullen over het algemeen dezelfde zijn als die waaromtrent is gerapporteerd bij de onderzoeken naar het effect van de symptomatische acupunctuur.

Placebetherapie wordt door de meeste (oor)acupuncturisten ethisch onaanvaardbaar geacht. Bovendien kan toepassing van placebo-acupunctuur in de praktijk op problemen stuiten: verschillende vormen van diagnostiek en therapie met behulp van ooracupunctuur en bepaalde electrodermale meetmethoden zijn (zeer) pijnlijk. Voor ooracupunctuur geldt dat, als de behandeling geen pijn doet, de diagnose fout is of op de verkeerde plaats wordt geprikt. Een behandeling gebaseerd op electrodermale meetmethoden kan technisch wel dubbelblind en met placebo-controle worden onderzocht: bij een dergelijke behandeling wordt in de regel gebruik gemaakt van homoeopathica of nosoden waarvan zeer wel placebo's te vervaardigen zijn. Hierbij moet worden aangetekend dat, gezien de door de Commissie Alternatieve Behandelwijzen gesignaleerde ontwikke-

lingen in het denken over het placebo-fenomeen (zie hoofdstuk 10 van het advies) en het daaruit voortvloeiende inzicht in de problemen bij evaluatie van onderzoek met placebo-controle, een dergelijke opzet moet worden ontraden.

OPZET ONDERZOEK NAAR HET RENDEMENT VAN ACUPUNCTUUR

4.1 'BLACK BOX' BENADERING

Voorgesteld wordt in één veelomvattend, vergelijkend onderzoek met een controlegroep het rendement te bepalen van traditionele acupunctuur, ooraacupunctuur en behandelingen gebaseerd op electrodermale meetmethoden. In de inleiding werd reeds aangegeven dat de werkgroep om pragmatische redenen adviseert onderzoek naar het rendement van de acupunctuur uit te voeren volgens een 'black-box' benadering. Dit impliceert dat de aan het onderzoek deelnemende acupuncturisten in het kader van het voorgestelde onderzoek de hun (aselect) toegewezen patiënten kunnen behandelen op de voor de desbetreffende methode specifieke wijze. Wel zal de behandelaar betreffende iedere patiënt zeer precies de bij diagnostiek en therapie gevolgde handelwijze moeten vastleggen: meetmethode, medicamenten (ook die welke worden gebruikt in verband met andere klachten/afwijkingen dan de in het kader van het onderzoek behandelde), aangeprikte punten, leefen voedingsvoorschriften, voorgeschreven massage of oefeningen, duur en frequentie van de consulten.

Alle deelnemende patiënten zullen voorafgaand aan en na afloop van de behandeling door een neutrale reguliere arts moeten worden gezien en beoordeeld. Tevens zullen, ter bepaling van de subjectieve behandelingsresultaten, aan de patiënten voor en na de behandeling vragenlijsten worden voorgelegd. De werkgroep acht het noodzakelijk dat de daarin opgenomen vragen zowel betrekking hebben op subjectieve als objectieve parameters; binnen de subjectieve parameters zal onderscheid moeten worden gemaakt in klachtengebonden en meer algemene

(quality of life) aspecten. Het verdient aanbeveling hierbij ook gegevens als de reacties van de partners van de patiënten, cijfers over werkverzuim etc. te betrekken. Het opstellen van de vragenlijsten vormt een apart punt van het onderzoeksvoorstel.

4.2 PATIËNTEN

Hoewel de verschillende vormen van acupunctuur volgens de beoefenaren met succes bij chronische patiënten worden toegepast, worden de beste resultaten bereikt bij patiënten bij wie de klachten nog niet zo lang bestaan. Omdat echter bij patiënten uit laatstgenoemde categorie de kans op spontaan herstel groter is dan bij chronische patiënten met al jarenlang bestaande klachten, zal een onderzoek zich op beide categorieën (dat wil zeggen: patiënten met klachten die korter en patiënten met klachten die langer dan (bijvoorbeeld) één jaar bestaan) moeten richten.

In bijlage A.VII wordt een overzicht gegeven van de aandoeningen die voor een dergelijk onderzoek in aanmerking kunnen komen. De ervaring is dat het aanbod van patiënten met deze aandoeningen groot is; de verwachting lijkt daarom gewettigd dat een onderzoek als voorgesteld mogelijk zal zijn.

4.3 UITSLUITINGSCRITERIA

Bepaalde categorieën patiënten komen niet voor een behandeling met acupunctuur in aanmerking. Dit betreft in de eerste plaats patiënten met ernstige aandoeningen zoals maligniteiten en patiënten lijdend aan ernstige psychische stoornissen. Omwille van de zuiverheid van het onderzoek moeten bovendien patiënten die een prednison- of andere corticosteroiden-therapie ondergaan van het onderzoek worden uitgesloten. Ditzelfde geldt voor patiënten die met een hoge dosering tranquillizers worden behandeld. Gezien de in aanmerking komende categorieën patiënten lijkt het niet wel mogelijk het gebruik van lage doseringen sedativa, anxiolytica en hypnotica

als uitsluitingscriterium te hanteren. Wel zal eventueel gebruik van dergelijke middelen (en de dosering) in het protocol moeten worden vermeld. Een gewijzigde behoefte aan dergelijke middelen kan gelden als parameter in het onderzoek.

Omdat over het algemeen sneller resultaat wordt bereikt bij jongere patiënten, worden voor een onderzoek als beoogd patiënten die ouder zijn dan bijvoorbeeld 65 jaar minder geschikt geacht.

Wanneer de in het onderzoek te betrekken aandoeningen zijn vastgesteld, zullen de onderzoekers zich op (eventuele) nadere uitsluitingscriteria moeten beraden.

4.4 CONTROLEGROEPEN

Resultaten van een onderzoek naar het effect van een behandelwijze zijn het meest overtuigend indien de gezondheidstoestand van de behandelde patiënten wordt vergeleken met de gezondheidstoestand van - vergelijkbare - niet (of anders) behandelde patiënten; de patiënten moeten aselekt aan de verschillende groepen zijn toegewezen. In het onderhavige geval zou een mogelijkheid zijn patiënten die met acupunctuur worden behandeld te vergelijken met patiënten die regulier worden behandeld. Te verwachten valt echter dat patiënten zich niet aselekt willen laten toedelen aan een reguliere dan wel een acupunctuur-therapie omdat zij een uitgesproken voorkeur hebben voor een van beide behandelmethoden. Daarom wordt voorgesteld een vergelijking te maken met een groep patiënten die een reguliere behandeling krijgen die niet door loting is toegewezen.

Ook kan worden verwacht dat zich bij randomisatie binnen de verschillende vormen van acupunctuur problemen zullen voordoen; deze problemen zullen voornamelijk de beleving van de behandeling door de patiënt betreffen. Het is voor een patiënt een geheel andere gewaarwording of zijn gezondheidstoestand met behulp van indrukwekkende electrodermale apparatuur wordt gemeten - waarbij al dan niet fraaie grafieken worden geproduceerd - en hij vervolgens een flesje nosoden mee naar

huis krijgt (zo'n patiënt wordt voor zijn gevoel niet met 'acupunctuur' behandeld), of dat hij na diagnostiek met behulp van de in de auriculo-medicinae gebruikelijke filters en andere hulpmiddelen door een auriculo-therapeut wordt geprikt, of dat hem, via een langdurige anamnese, de zo geheel anders gerichte TCM wordt aangeboden. Derhalve zal bijzondere aandacht moeten worden besteed aan de uitleg aan de potentieel deelnemende patiënten*.

Ook een controlegroep in de vorm van een groep patiënten die eerst enige tijd op een wachtlijst wordt geplaatst, is in principe mogelijk, maar dit is voor patiënten met acute klachten ongewenst. De in aanmerking komende chronische patiënten hebben over het algemeen weinig keus, omdat ze al 'overall' zijn geweest. De praktijk wijst uit dat dergelijke patiënten zich desnoods een jaar op een wachtlijst laten plaatsen. Wat het effect van een dergelijke wachttijd is, is niet bekend.

Een ander probleem van een wachtlijstconditie is dat deze patiënten niet dezelfde 'aandacht' krijgen als de overige patiënten. Een oplossing zou zijn een tweede wachtlijstconditie (wél door loting toegewezen) op te nemen en aan deze groep op de een of andere wijze een vorm van aandacht te besteden. Welke en hoe zou nader moeten worden uitgewerkt.

Overigens zijn deze wachtlijstgroepen uitermate interessant omdat wellicht het volgen van deze patiënten kan bijdragen tot het ontwikkelen van inzicht in het soort patiënten dat bereid is zich, in het kader van een onderzoek als beoogd, op een wachtlijst te laten plaatsen en in het karakter van hun klachten. De werkgroep adviseert dan ook speciale aandacht te besteden aan de ontwikkeling van het klachtenpatroon van deze

Wellicht is het mogelijk uit deze problemen te geraken door in de patiëntenvoorlichting de ooracupunctuur en de behandeling gebaseerd op electrodermale meetmethoden tezamen te betitelen als 'westerse' acupunctuur en TCM als 'oosterse' acupunctuur. Zowel bij westerse als bij oosterse acupunctuur bestaat dan de kans geprikt te worden. Een dergelijke benadering heeft voor het protocol geen consequenties.

groep en niet alleen een vergelijking te maken tussen de resultaten die zijn bereikt bij direct behandelde patiënten en wachtlijstpatiënten (voordat dezen worden behandeld), maar ook de resultaten bij de direct behandelde patiënten te vergelijken met die bij de patiënten die na de wachtperiode alsnog zijn behandeld. Bij deze analyse zou dan ook een onderscheid moeten worden gemaakt tussen de patiënten van de wachtlijst-zonder-meer en de patiënten van de wacht-lijst-met-aandacht.

Het is van belang eveneens de patiënten die zich, om welke reden dan ook, van de wachtlijst laten afvoeren en diegenen die om andere redenen deelname aan het onderzoek staken, te volgen.

4.5 ORGANISATORISCHE ASPECTEN

Het lijkt het meest praktisch en bias-vermijdend voor een dergelijk onderzoek patiënten te recrutereren uit de praktijken van de deelnemende acupuncturisten.

De werkgroep adviseert, indien men daadwerkelijk zou willen overgaan tot het uitvoeren van een onderzoek als voorgesteld, inzake de deelnemende acupuncturisten en de organisatorische aspecten contact op te nemen met de respectievelijke beroepsverenigingen.

LITTERATUUR

- Eas91 Easterbrook PJ, Berlin JA, Gopalan R, Matthews DR. Publication bias in clinical research. *Lancet* 1991; 337: 867-72.
- Gre90 Greenberg R. Vega-testing: as accurate as a lottery? *J of Alt & Compl Med* 1990; 8: 7.
- Gui91 Guillaume G. Why Western Protocols are unsuitable for assessing the effects of acupuncture: the needs for an evaluation methodology specific to the investigation of acupuncture. *Am J of Acupuncture* 1991; 19: 153-6.
- Jan90 Janssen PPJM. Elektrodermale meetmethoden. *Ned Tijdschr Int Geneesk* 1990; 46: 442-54.
- Kas91 Kasteleyn EW. Nieuwe inzichten in de subjectiviteit van de elektro-acupunctuurmetingen volgens Voll (EAV). *IDAG Attenderingsbulletin* 1991; 3: 19-21.
- Kho91 Kho HG. Acupuncture in Anaesthesia and Surgery. Studies in China and the Netherlands. Academisch proefschrift, Nijmegen 1991.
- Kle89 Klein Breteler MA. Elektro-akupunctuur volgens Voll. Afstudeerscriptie, Vakgroep Cardiologie, Medische Faculteit Leiden, februari 1989.
- Kle90 Klein Breteler MA. De diagnostische waarde van elektro-acupunctuur volgens Voll bij hartaandoeningen. *Huisarts & Wetenschap* 1990; 33: 268-72.
- Kle92 Kleijnen J, Knipschild P. Review articles and publication bias. *Arzneimittelforsch* 1992; 42(1): 587-91.
- Kub89 Kubiena G. Überlegungen zum Placeboproblem in der Akupunktur. *Wien Klin Wochenschr* 1989; 10: 362-7.
- Nib63 Niboyet JEH. La moindre résistance a l'électricité de surface punteforme et de trajets cutanés concordants avec les points et meridiens bases de l'acupuncture. Dissertatie 1963. Louis Jean Cap 1963.

- Nog83 Nogier PFM. From Auriculotherapy to Auriculomedicine. Editions Maisonneuve, 75-90
- Shu91 Shunying Z, Yinjiang L. Vertigo treated with scalp acupuncture. J of Trad Med 1991; 11: 26-8.
- Siv87 N Siviv, Ann Arbor. Traditional Medicine in contemporary China. Center for Chinese Studies, The University of Michigan, 1987.
- Uml90 Umlauf R. Unsere Erfahrungen mit neuer Schadelakupunktur nach Yamamoto. Dtsch Zschr Akupunktur 1990; 33: 40-6.
- WH091 World Health Organisation. A proposed standard international acupuncture nomenclature. Report of a WHO Scientific Group, Geneva: WHO 1991: 1-30.
- Wij85 Wijk R van, Schamhart D, Linnemans W. Gezondheid, het basis bioregulatie systeem en natuurgeneeswijze. Nederlands Tijdschrift voor Integrale Geneeskunde 1985; 6: 258-65.
- Wij89 Wijk R van, Wiegant PAC. Homeopathie remedies and pressure-induced changes in the galvanic resistance of the skin. Alkmaar: VSM, 1989.
- Wij90 Wijk R van, Molen C van der. Biological effects and physical characteristics of potentiated high dilutions of sulphur. Homeopathy in Focus: ZDN-Congress Proceedings 1989. VGM-Verlag, 1990.
- Wij91 Wijk R van. Het belang van de medicamenten-test (volgens Voll) voor het fundamentele homeopathie-onderzoek. Lezing HEEL-symposium, Amsterdam: 1991.

Ter algemene oriëntatie wordt aanbevolen:

- Kap73 Kaptchuk TJ. The web that has no weaver. Congdon & Weed. Inc, New York, 1973. Nederlandse vertaling: Chinese Geneeswijzen: The web that has no weaver. Utrecht/Antwerpen: Kosmos, 1991.
- Por85 Porkert M, Hempten CH. Systematische Akupunktur. Miinchen-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1985.
- Stu87 Stux G, Pomeranz B. Acupuncture (Textbook and Atlas). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1987.

INHOUDSOPGAVE BIJLAGEN

A. I	TRADITIONELE CHINESE GENEESKUNST EN (TRADITIONELE) ACUPUNCTUUR	451
A. II	ELECTRODERMALE MEETMETHODEN	459
A. III	ORACUPUNCTUUR	469
A. IV	ACUPUNCTUUR MET BEHULP VAN LASERS	477
A. V	META-ANALYSE VAN GEPUBLICEEERDE ONDERZOEKINGEN NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN SYMPTOMATISCHE ACUPUNCTUUR	481
A. VI	PROTOCOL VOOR EEN BLACK BOX ONDERZOEK NAAR HET RENDEMENT VAN ACUPUNCTUUR	485
A. VII	OVERZICHT VAN AANDOENINGEN DIE IN AANMERKING KUNNEN KOMEN VOOR EEN BLACK BOX ONDERZOEK NAAR HET RENDEMENT VAN ACUPUNCTUUR	495
A. VIII	VOORSTEL VOOR FUNDAMENTEEL ONDERZOEK NAAR DE BETEKENIS VAN TRADITIONELE ACUPUNCTUUR: TRANSCRIPTIE	497
A. IX	ACUPUNCTUUR EN DE COMPUTER	501
DOOR DE COMMISSIE BEOORDEELDE ONDERZOEKSVORSTELLEN:		
A. X	DE ONTWIKKELING VAN EEN PROCEDURE GERICHT OP HET VOORSPELLEN VAN RESULTATEN VAN NIET-REGULIERE WIJZEN VAN PIJNBESTRIJDING: EEN OPERATIONALISATIE BIJ TENS-BEHANDELING	503
A. XI	VOORSTEL VOOR EEN ONDERZOEK NAAR DE DIAGNOSTISCHE MOGELIJKHEDEN VAN DE ELECTRO-ACUPUNCTUUR VOLGENS VOLL (EAV) BIJ HET OPSPOREN VAN ONTSTOKINGEN IN HET GEBIT	505
A. XII	VOORSTEL VOOR EEN ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN TCM BIJ DE BEHANDELING VAN PIJN IN DE HOOFD- EN NEKSTREEK, IN HET BIJZONDER SPIER SPANNINGSHOOFDPIJN, HET FIBROMYALGIE/CERVICAAL SYNDROOM EN HET WHIPLASH SYNDROOM	507

XI ^A	JH ENGELHART EN GV KLOPPENBURG: ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN (TRADITIONELE) ACUPUNCTUUR: OVERWEGINGEN EN DENKMODELLEN	509
1	INLEIDING	511
2	OVERWEGINGEN	513
3	HYPOTHETISCH WERKINGSSPECTRUM VAN (TRADI TIONELE) ACUPUNCTUUR	527
4	VERSCHILLENDE METHODEN VAN ACUPUNCTUUR	534
5	ONDERZOEK VAN TRADITIONELE ACUPUNCTUUR	538
6	BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	544
7	LITTERATUUR	547
	ANNEX door GV Kloppenburg	549

BIJLAGE A.I

TRADITIONELE CHINESE GENEESKUNST EN (TRADITIONELE) ACUPUNCTUUR*

1 TRADITIONELE CHINESE GENEESKUNST (TCM)

In de traditionele Chinese geneeskunst (Traditional Chinese Medicine, TCM) staat een omschreven gezondheid-begrip centraal dat berust op de basisgedachte dat het persoonlijke 'energetische evenwicht' van de mens op onlosmakelijke en integrale wijze voortdurend deel uitmaakt van het algehele dynamische evenwicht waarin de gegeven leefsituatie plaatsheeft en daarmee in harmonie dient te zijn. Disharmonie leidt tot een stagnatie van de dynamiek in het persoonlijke gezondheid-evenwicht, resulterend in een toestand van (chronische) ongezondheid van waaruit - als epifenomenen van het verstoorde 'energetische evenwicht' - klachten en/of afwijkingen kunnen optreden.

De TCM gaat er vanuit dat de mens in principe beschikt over het vermogen tot zelfstandig behoud van de eigen gezondheid. Wanneer dit vermogen verstoord mocht geraken, kan het worden hersteld. Hiertoe moet het persoonlijke 'energetische evenwicht' opnieuw in balans worden gebracht met de gegeven leefsituatie, waarmee het gezondheid-evenwicht haar dynamiek kan herkrijgen en eventueel ontstane klachten en/of afwijkingen kunnen verdwijnen. Om dit te bewerkstelligen, worden in de TCM gerichte leefadviezen gegeven en worden verschillende behandelmethoden (als regel gecombineerd) toegepast, waaronder

Voor een nadere uitwerking zie bijlage XI[^]: Onderzoek naar de effectiviteit van (traditionele) acupunctuur: overwegingen en denkmodellen.

acupunctuur, kruidenbehandeling en (fysieke en mentale) oefeningen* .

Het bovenstaande houdt in dat de TCM zich jegens de zieke mens primair richt op het herstel op eigen kracht. In dezen kan een parallel worden gezien met hetgeen in de westerse geneeskunde wordt aangeduid als 'het teweeg brengen van een 'placebo-effect'¹' (zie hoofdstuk 10 van het advies van de commissie).

Het TCM-concept lijkt hiermee tegengesteld aan de opvattingen binnen de westerse - voornamelijk natuurwetenschappelijk georiënteerde - geneeskunde, waarin wordt uitgegaan van een omschreven ziektebegrip en waarbij de hulpverlening als regel is gericht op aan de klacht onderliggend veronderstelde afwijkingen. Aan de persoon van de zieke wordt hierbij een passieve rol toebedacht. De behandeling van het zich voltrekend ziekteproces ziet men als het wezenlijke ('specifieke') bestanddeel van de therapie; dat deel van het uiteindelijke resultaat dat door de patiënt zelf tot stand komt (het placebo-effect), wordt als bijkomstig - en, in geval van onderzoek, zelfs als storend - beschouwd.

2 TRADITIONELE ACUPUNCTUUR

Uitgaande van de basisgedachte van de TCM zou men, op geleide van een arbitraire transcriptie van het TCM-referentiekader, het placebo-effect kunnen duiden als het resultaat van een indirecte, ongerichte beïnvloeding van het genezen** en daardoor van het geneesproces***.

De werking van de traditionele acupunctuur kan dan worden weergegeven als het resultaat van een directe en gerichte beïn-

Toelichting: zie paragraaf 3.1 van de rapportage van de Werkgroep Acupunctuur.

Genezen: de innerlijke actiebereidheid van de patiënt op geleide waarvan het geneesproces in gang wordt gezet, dan wel wordt bevorderd, zodat herstel kan optreden.

Onder 'geneesproces' wordt het geheel van processen verstaan via welke een patiënt herstelt.

vloeding - via de fysische entree die het steken van naalden in omschreven punten op het lichaam vormt - van de 'dynamiek' van het persoonlijke gezondheid-evenwicht, respectievelijk van het persoonlijke geneesproces. Kort gesteld is de traditionele acupunctuur een behandelwijze die claimt een geneeswijze te zijn.

WERKZAAMHEID VAN ACUPUNCTUUR

3.1 Combinatie van effecten

Bij het onderzoeken van de werkzaamheid van (traditionele) acupunctuur moet men zich realiseren dat deze een combinatie is van verschillende effecten: 1) het placebo-effect - dat per patiënt zal verschillen, dat afhankelijk is van de persoon van de behandelaar en van de setting waarin de behandeling plaatsvindt, en dat via gewaarwording van acupunctuurwerkingen kan worden versterkt ('super-placebo'), 2) het neurofysiologische effect van de naaldsteek op zichzelf ('aspecifiek effect') - dat in de mate van optreden afhankelijk is van de plaats van de punctie en de toegepaste stimulatie, 3) het eventueel 'specifiek' (i.e. therapeutisch) effect van acupunctuur, en 4) het veronderstelde 'traditionele acupunctuur-effect'.

Op basis van een voorlopige transcriptie van begrippen uit de traditionele Chinese geneeskunst naar westers-medische begrippen, kan men voor (traditionele) acupunctuur onderstaand hypothetisch werkingsspectrum aangeven.

1 Placebo-effect

Hypothese: het placebo-effect is het resultaat van een indirecte en ongerichte beïnvloeding van het genezen, en daardoor van het geneesproces. Voor de wijze waarop/het traject waarlangs dit effect tot stand komt bestaat vooralsnog geen sluitende natuurwetenschappelijke verklaring.

2 Aspecifiek effect

Hypothese: Acupunctuur beïnvloedt direct en ongericht

het ziekteproces. Verklaring (met name in relatie met de hyp/analgetische werking van acupunctuurpuntstimulatie): interactie met de endogene (endorfinerge) pijnmodulatie systemen door de stimulatie op zichzelf en vermoedelijk gefaciliteerd door de lage elektrische impedantie van de huid ter plaatse van de acupunctuurpunten. Specifiek effect

Hypothese: Acupunctuur beïnvloedt direct en gericht het ziekteproces. Natuurwetenschappelijk kan dit onder andere worden verklaard met behulp van theorieën betreffende de reflexmechanismen binnen het autonome en/of het somato-sensibele zenuwstelsel (bijvoorbeeld tussen huidpunten/zones en lichaamsfuncties).

Traditionele acupunctuur effect

Hypothese: Traditionele acupunctuur beïnvloedt direct en gericht het geneesproces. In de TCM wordt dit effect en het tot stand komen daarvan beschreven in termen van traditionele leer van dynamische energetische evenwichten. Hoewel hiervoor vooralsnog geen natuurwetenschappelijke verklaring bestaat, kan voor het algemene concept van de traditionele Chinese geneeskunst, i. e. - volgens een voorlopige westers-medische transcriptie - beïnvloeding van gezondheid, respectievelijk genezen en/of geneesproces, een parallel worden onderkend met de 'placebo' als impliciet element van een therapie in het algemeen.

3.2 Verschillende methoden van acupunctuur

Binnen het boven aangegeven hypothetisch werkingsspectrum zullen, niet alleen afhankelijk van de behandelsetting of de gebruikte onderzoeksopzet, maar ook van de gebruikte methode van acupunctuur, respectievelijk de toegepaste stimulatie-techniek, variaties kunnen optreden.

Globaal kan men onderstaand onderscheid maken:

Symptomatische acupunctuur: lokaal

Men gebruikt acupunctuurpunten in hetzelfde gebied (en/of contralateraal) als waar het ziekteproces is gelocaliseerd.

Symptomatische acupunctuur: lokaal en distant

Men gebruikt locale en distant acupunctuurpunten (dit zijn punten buiten het ziektegebied met - volgens acupuncturistische wetmatigheden - een specifieke (somatotopische) relatie met het deelgebied, respectievelijk het ziekteproces) ('formule acupunctuur').

Acupunctuur volgens (traditionele) acupuncturistische syndromen

Men gebruikt de '66 antieke Chinese punten' in specifieke combinaties op basis van traditionele acupuncturistische wetmatigheden vanuit de '5 fasen-leer der medidiaansyndromen' of op grond van syndromen volgens de '8 principes' ('formule-TCM').

Traditionele (klassieke) Chinese acupunctuur

Men gebruikt de '66 antieke Chinese punten' in specifieke selecties, volledig volgens de basisprincipes van de TCM en op geleide van strikt individuele diagnostiek, gericht op het herstel van het persoonlijke gezondheid-evenwicht.

4 ONDERZOEK

Wanneer men onderzoek zou willen uitvoeren naar de werking, de werkwijze en werkzaamheid van de traditionele Chinese acupunctuur, zijn allereerst operationele definities nodig van de begrippen 'gezondheid', 'ziekte' en 'genezen', welke zowel in de westerse, natuurwetenschappelijk georiënteerde wereld als vanuit de TCM hanteerbaar zijn. Transcriptie (zie bijlage A.VIII) zal hiertoe onontbeerlijk zijn.

Voorts dient in aanmerking te worden genomen dat het TCM gezondheid-begrip kan leiden tot een andere therapeutische doelstelling dan de westers-medische zou zijn bij dezelfde patiënt. Zo worden in de TCM ziekte en dood niet als obligaat te bestrijden verschijnselen beschouwd, doch als integrale facetten van de humane gezondheid; dit houdt in dat een positief therapieresultaat niet noodzakelijkerwijs het verdwijnen van ziekte of het verhinderen van sterven behoeft in te houden.

De behoefte aan transcriptie geldt overigens niet alleen voor patiënt-gebonden effectiviteitsonderzoek, maar evenzo voor het onderzoek dat kan worden verricht door retrospectieve analyse van de beschikbare literatuur omtrent traditionele acupunctuurtherapie.

Bij zogenaamd rendementsonderzoek - waartoe het in deze rapportage voorgestelde onderzoek zich beperkt - wordt slechts bezien of een (traditionele) acupunctuur-behandeling volgens westerse maatstaven een verandering in de toestand van een patiënt kan bewerkstelligen (zie bijlage A.VI). Hoewel dergelijk onderzoek voor westers opgeleide artsen een aanwijzing kan opleveren dat acupunctuur 'toch iets doet', zullen de resultaten geen nader inzicht kunnen geven in het hoe en waarom van de eventuele werkzaamheid van de verschillende vormen van acupunctuurbehandeling, noch uitsluitel kunnen bieden inzake de claim van de traditionele acupunctuur dat deze behandelwijze een geneeswijze zou zijn.

Wanneer inzicht gewenst zou zijn in de betekenis die (de verschillende componenten van) acupunctuur mogelijk zou (den) kunnen hebben voor de westerse gezondheidszorg, is anders gericht, fundamenteel onderzoek onontkoombaar. Een aanzet tot het bereiken van een dergelijk - aanmerkelijk relevant - doel is geformuleerd in bijlage A.VIII. In bijlage XI worden de argumenten hiervoor gegeven en zijn nadere overwegingen geformuleerd met betrekking tot mogelijk onderzoek naar de werkzaamheid, werking en werkwijze van (traditionele) acupunctuur .

5 LITTERATUUR

- Eng81 Engelhart JH, Kloppenburg GV. The treatment of pain by acupuncture: the riddle of acupuncture and the place of the acupuncturist in the pain-team. Acta Anaesth Belg 1981; 32: 33-43.
- Eng88 Engelhart JH. Acupunctuur bij pijnbestrijding. Alternatieve methoden. In: Pijn-informatorium. Mattie H, Menges JL, Spierdijk J (red). Alphen a/d Rijn: Stafleu-Samsom, 1988: AM 0400-1-28.
- GriSO Gribnau FWJ. Alternatieve geneeswijzen: enkele overwegingen en meningen van een klinisch farmacoloog. Pharm Weekblad 1980; 115: 1167-1174
- Kap73 Kaptchuk TJ. The web that has no weaver. Congdon & Weed Inc, New York, 1973. Nederlandse vertaling: Chinese Geneeswijzen: The web that has no weaver. Utrecht/Antwerpen: Kosmos, 1991.
- Por85 Porkert M, Hempfen CH. Systematische Akupunktur. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1985.
- Ric86 Richardson PH, Vincent CA. Acupuncture for the Treatment of Pain: a Review of Evaluative Research, Pain 1986; 24: 15-40.
- Slu91 Sluijters CJFM. Acupunctuur en immunomodulatie. Ned Tijdschr voor Integrale Geneeskde 1991; 4: 178-82
- Stu87 Stux G, Pomeranz B. Acupuncture (Textbook and Atlas). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1987.

BIJLAGE A.II

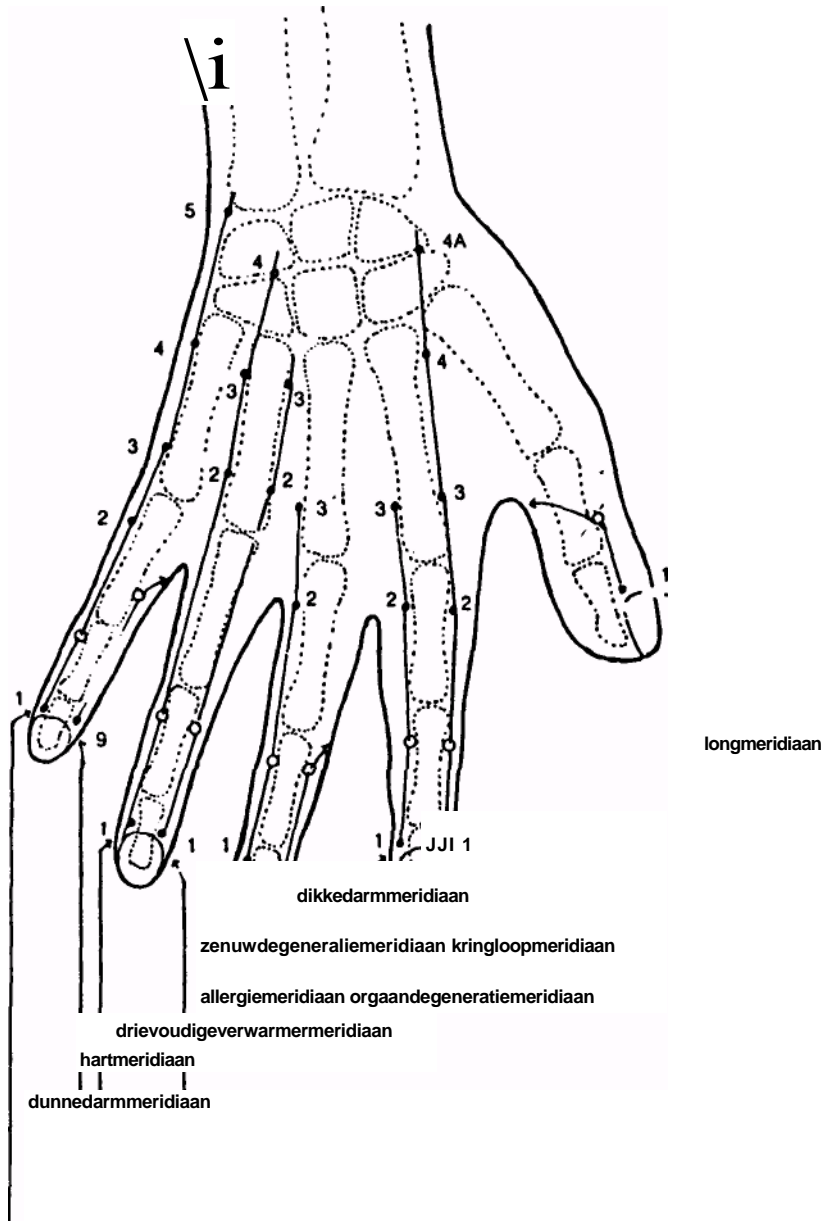
ELECTRODERMALE MEETMETHODEN

1 ELECTRO-ACUPUNCTUUR VOLGENS VOLL (EAV)

Evenals in de lichaamsacupunctuur, wordt in de EAV ieder acupunctuurpunt geacht overeen te komen met een bepaald orgaan of een gedeelte van een orgaan (zie figuur) . Indien een orgaan gezond is, of 'in evenwicht', zou de huidweerstand in het bijbehorende acupunctuurpunt, zoals deze kan worden gemeten met een electro-acupunctuurtoestel, precies 100 k Ω zijn. De meter van het toestel staat dan op 50 (tegenwoordig houdt men, vanwege van de toxische belasting van het organisme door milieu en voeding, als normale evenwichtsstand 50-70 aan).

Het diagnostische gedeelte van een dergelijk toestel bestaat alleen uit een weerstandsmeter waaraan twee elektroden zijn verbonden. De ene moet de patiënt in de hand houden, terwijl de therapeut de andere, de puntelectrode, op het te meten acupunctuurpunt plaatst. Indien de meter dan meer aanwijst dan 50-70, betekent dit dat de weerstand van het desbetreffende punt lager is dan normaal; in de electro-acupunctuur wordt dit toegeschreven aan een irritatie of een ontsteking. Een lagere meetwaarde, dus een grotere weerstand, zou duiden op een degeneratie (bijvoorbeeld carcinoom). Door de weerstand in de verschillende acupunctuurpunten te meten, denken EAV-acupuncturisten op te kunnen sporen waar in het lichaam zich functiestoornissen bevinden.

Bij deze metingen kan zich de zogenaamde 'Zeigerabfall' voordoen. Zeigerabfall noemt men het verschijnsel dat de aanvankelijk gemeten waarde op een bepaald punt tijdens de meting langzaam terugloopt; dit wordt toegeschreven aan het toenemen van de huidweerstand. Zeigerabfall wordt beschouwd als



Ontleend aan: van der Molen, C. Electroacupunctuur.
 Lochem: De Tijdstroom, 1982.

belangrijke aanwijzing dat iets in het correlerende orgaan niet in orde is; de aanhangers van de methode volgens Voll achten deze Zeigerabfall eigenlijk nog belangrijker dan de hoogte van de meetwaarde op zich.

EAV-acupuncturisten beschouwen hun diagnostische methode als aanvulling op de reguliere diagnostiek. Omdat de EAV-metingen op andere principes berusten dan de klinisch-chemische onderzoeksmethoden die in een laboratorium kunnen worden uitgevoerd, denkt men in bepaalde gevallen afwijkingen op te kunnen sporen die met behulp van reguliere diagnostische onderzoekingen (nog) niet kunnen worden gevonden. Ook is mogelijk dat EAV-diagnostiek tot volslagen andere conclusies leidt dan de reguliere diagnostiek.

De laatste jaren zijn door een aantal onderzoekers uitermate kritische kanttekeningen bij de EAV gemaakt; de methode zou niet werken indien de meting bij constante druk wordt uitgeoefend (Kle90) en de gemeten uitslag zou slechts de spierspanningsveranderingen van de therapeut registreren (Wij91a, Kas91,92).

2 BIO-ELECTRONISCHE FUNCTIE DIAGNOSTIEK (BFD)

De bio-electronische (of: biologische) functie diagnostiek (BFD) heeft zich ontwikkeld uit de electro-acupunctuur volgens Voll. Enige verschilpunten met de methode volgens Voll zijn:

- 1 Men meet met zilveren elektroden in plaats van met messing elektroden zoals bij Voll.
- 2 De meetdruk is afleesbaar.
- 3 De meettechniek geeft reproduceerbare meetwaarden.
- 4 Door tussen twee metingen een bepaalde prikkel toe te dienen, denkt men inzicht te kunnen verkrijgen in het reactiepatroon van het lichaam (vergelijk decoderdermografie).

Bij de BFD wordt de nadruk gelegd op de bevindingen van Kellner (Kel76; zie ook Ber79) volgens welke een eenmalige

meting een momentopname is die geen juist beeld geeft van het reactiepatroon van het lichaam. Daarom verricht men metingen voor en na het toedienen van een zwakke elektrische prikkel (10Hz, 40 micro-ampère gedurende 10 seconden) die door het organisme als belastend wordt ervaren. De wijze waarop het organisme deze prikkel verwerkt, zou inzicht geven in het regulatievermogen van het lichaam. Bij chronische en therapieresistente aandoeningen zou men zich hieruit een beeld kunnen vormen van de aard en de localisatie van de stoornis, hetgeen tevens de sleutel tot de behandeling kan geven. De meetresultaten kunnen met behulp van een elektrische schrijver worden vastgelegd, waardoor een visueel overzicht wordt verkregen van het reactiepatroon van het lichaam. Van belang is dat een orgaan naarmate het zieker is, meer van de norm afwijkende meetwaarden oplevert. Een nadere diagnose wordt gesteld door de bij de stoornis behorende nosode in de meetkring op te nemen.

3 IMPULSDERMOGRAFIE EN DECODERDERMOGRAFIE

Vanuit o. a. de BFD zijn de impulsdermografie en de decoderdermografie ontwikkeld. Beide methoden gaan er van uit dat huidsegmenten die correleren met ontregelde organen een veranderde geleiding voor elektrische stroom vertonen.

De impulsdermografie werd ontwikkeld door Schmidt en Jahnke (Neurenberg, Jah74). In Nederland is onder anderen door van Wijk onderzoek op dit gebied verricht (Wij90). Bij de impulsdermografie worden lichaamssectoren eerst met een negatieve impulsstroom belast en daarna met een positieve impulsstroom. De reactie van het organisme op deze prikkels wordt als tegenpotentiaal geregistreerd. De impulsdermograaf voert deze metingen automatisch uit en legt de resultaten als curven vast. De onderliggende gedachte is dat de wijze waarop het weefsel een tegenspanning vormt specifiek is voor de fysiologische en pathologische verhoudingen. De vorm van de curven zou een beeld geven van hetgeen in het organisme plaatsvindt.

Uit een impulsdermogram zou men de volgende gegevens kunnen aflezen:

- 1 energetische verhoudingen in het lichaam
- 2 latente, acute en chronische ziekte-toestanden
- 3 focale storingen en toxische invloeden
- 4 reacties op de therapie.

Uit de impulsdermografie werd later de decoderdermografie ontwikkeld (Ber79). Bij deze methode worden elektroden geplaatst aan handen, voeten en voorhoofd; het apparaat voert vervolgens metingen uit over achtereenvolgende trajecten (voorhoofd links - hand links; hand links - voet links; voorhoofd rechts - hand rechts; voet rechts - hand rechts; voorhoofd rechts - voorhoofd links; hand rechts - hand links; voet rechts - voet links). De resultaten van deze metingen worden automatisch geregistreerd. Per traject bestaat een meting uit zeven delen:

- 1 meten van de weefselspanning
- 2 toedienen van een negatieve impulsstroom
- 3 meten van het prikkelantwoord
- 4 meten van de weefselspanning
- 5 toedienen van een positieve impulsstroom
- 6 meten van het prikkelantwoord
- 7 meten van de weefselspanning.

De decoder doorloopt alle meetcircuits tweemaal, hetgeen informatie zou geven over het regulatievermogen binnen de verschillende circuits. Bij deze methode wordt de eerste meting beschouwd als prikkel voor de tweede.

Daar het organisme meetbaar reageert op toediening van bepaalde agentia (electrolyten, zuurstof), zou met behulp van de decoderdermografie specifieke diagnostische informatie kunnen worden verzameld (bijvoorbeeld betreffende het zuur-base evenwicht en de zuurstofverzorging).

4 SEGMENTELECTROGRAFIE (SEG)

Een andere methode die vanuit de impulsdermografie is ontwikkeld, is de segmente electrografie (FehSl, Ken85). Bij

deze methode wordt gewerkt met een andere frequentie (13 Herz impulsen in plaats van 10 Herz), die meer provocerend zou werken. Bovendien worden de elektroden op andere huidgebieden bevestigd, waarbij vooral aandacht wordt besteed aan het door-meten van hoofd, thorax, abdomen en bekken. De belangrijkste zones van Head* worden op deze wijze gescreend.

Bij de segmente electrografie worden, na een eerste korte meting per segment, meer specifieke prikkels toegepast, zoals het herhaald toedienen van afwisselende positieve en negatieve impulsen of het subcutaan toedienen van bepaalde preparaten (zoals procaïne of Acid. Formicic. D3) in specifieke locaties.

Ook met behulp van deze methode denkt men informatie te kunnen verkrijgen over cel-economie, zuurstofgebruik en invloeden die het systeem in zijn functie storen.

De reacties van het lichaam op de toegediende prikkels worden direct door een computer zichtbaar gemaakt en vastgelegd (grafisch en numeriek).

5 VEGATEST

Eveneens op basis van de EAV is door Schimmel de zogenaamde Vegatest ontwikkeld (SchBl). Bij deze methode is de koppeling tussen een specifiek punt en het daarbij behorende orgaan geheel losgelaten: in plaats daarvan wordt met behulp van 'filter ampullen' via slechts een of twee punten het gehele lichaam gescreend. Deze ampullen bevatten bijvoorbeeld homeopathische, isopathische of orgaanpreparaten die representatief worden geacht voor bepaalde lichaamssystemen.

Geclaimd wordt dat men met behulp van deze methode op snelle wijze inzicht kan krijgen in oorzaken van stoornissen.

Overgevoelige huidgebieden die correleren met zieke inwendige organen (Head 1894, 1896).

LITTERATUUR

- Ber71 Bergsmann O, Kellner G. Synopse zur Frage der biologische Regulation. *Arztl Praxis* 1971; 16: 933; 18: 1061; 20: 1193; 23: 1376.
- Ber74 Bergsmann O. Objektivierung der Akupunktur als Problem der Regulationsphysiologie. Heidelberg: Haug Verlag, 1974.
- Ber78 Bergsmann O. Analyse der bioelektrischen Funktion mit dem BF-Decoder. *Erfahrungsheilkunde* 11/78.
- Ber79 Bergsmann O. Bioelektronische Funktionsdiagnostik Physiologische und Pathophysiologische Grundlage. Heidelberg: Haug Verlag, 1979.
- FehS1 Fehrenbach JH, Noll HG. Kürzes Lehrbuch der VEGA-testmethode. Schiltach/Schwarzwald: Grieshaber GmbH & Co, 1981.
- Gre90 Greenberg R. Vega-testing: as accurate as a lottery? *J of Alternative & Complementary Medicine* 1990; 8: 7.
- Heal894 Head, H. On disturbances of sensation with special reference to the pain of visceral disease, part 1. *Head and Neck. Brain* 1894; 17: 339-480.
- Heal896 Head, H. On disturbances of sensation with special reference to the pain of visceral disease, part 2. Pain in diseases of the heart and lungs. *Brain* 1896; 19 (2/3): 153-276.
- Jah74 Jahnke HH, Jendrisiek O. Das Impulsdermogramm. *Erfahrungsheilkunde* 1974; 8.
- Jan90 Janssen PPJM. Elektrodermale meetmethoden. *Ned Tijdschr voor Integrative Geneeskde* 1990; 46: 442-54.
- Kas91 Kasteleyn EW. Nieuwe inzichten in de subjectiviteit van de elektroacupunctuurmetingen volgens Voll (EAV). *IDAG Attenderingsbulletin* 1991; 3: 19-21.
- Kas92 Kasteleyn EW. De val van Voll is niet het einde. *CARE* 1992; 15: 21-5.
- Kel76 Kellner G. Elektrobiologische Grundlagen zur Messung und zum Test. *Physik* 17; 260: 1976.
- Ken85 Kenyon JN. Modern techniques of acupuncture. A Scientific Guide to Bio-electronic Regulatory Techniques and Complex Homoeopathy. Wellingborough: Thorsons publ, 1985; 3.

- Kle90 Klein Breteler MA, Schipperheyn JJ. De diagnostische waarde van elektroacupunctuur volgens Voll bij hartaandoeningen. Huisarts en Wetenschap 1990; 33: 268-72.
- Mol82 van der Molen, C. Elektroacupunctuur. Lochem: De Tijdstroom, 1982.
- Mol84 van der Molen C. De electroacupunctuur volgens Voll (EAP). Ned T Int Geneesk 1984; 4: 155-9.
- Mol85 van der Molen C. Electroacupunctuur, homeopathie en detoxificatie. Ned T Int Geneesk 1985, 6: 283-8.
- OsB89 van Os-Bossagh P. Electroacupunctuur. Verslag van de werkzaamheden in het kader van het keuze-onderzoek. Vakgroep Biomedische Natuurkunde en Technologie, Erasmusuniversiteit Rotterdam, januari 1989.
- Pop90 Popp FA. Statistische bewerkingen bij de elektroacupunctuur volgens Voll. Ned Tijdschr Int Geneesk 1990; 46: 455-8.
- Pop90 Popp FA. Zur Theorie der Eletroakupunktur; Erfahrungsheilkunde 1990; 4: 240-7.
- Pop90 Popp FA. Statistische bewerkingen bij de elektroacupunctuur volgens Voll. Ned Tijdschr voor Integrale Geneesk 1990; 46: 455-58.
- Pop90 Popp FA. Zur Theorie der Elektroakupunktur. Erfahrungsheilkunde 1990; 4: 240-7.
- Sch81 Schimmel HW. Kürzes Lehrbuch der VEGA-test-rmethode. Schiltach: VEGA Grieshaber, 1981.
- Spa90 Spaargaren MN. Diagnostiek met laagsgewijze elektroacupunctuurmeting. Ned Tijdschr Integrale Geneesk 1990; 46: 470-5.
- Vol75 Voll R. Twenty Years of Electropuncture Diagnosis in Germany: a Progress Report. Am J Acupuncture 1975; 3: 7-17.
- VolSO Voll R. The phenomenon of Medicine Testing in Electroacupuncture According to Voll. Am J Acupuncture 1980; 8: 97-104.
- Wie91 Wiegant FAC, van Wijk R. De decoder-dermografische meting. Ned Tijdschr voor Integrale Geneesk 1991; 3: 91-7.
- Wie91 Wiegant FAC, van Wijk R. De decoder-dermografische meting. Ned Tijdschr voor Integrale Geneesk 1991; 3: 91-7.

- Wij89 van Wijk R, Wiegant FAC. Homeopathie remedies and pressure-induced changes in the galvanic resistance of the skin. Alkmaar: VSM, 1989.
- Wij 90 van Wijk R, Wiegant FAC. Invloed van homeopathische potenties op elektrische huidkarakteristieken. Ned Tijdschr Integrale Geneeskd 1990; 46: 459-69.
- Wij91 van Wijk R. Het belang van de medicamenten-test (volgens Voll) voor het fundamentele homeopathie-onderzoek. Lezing HEEL-symposium, Amsterdam, 13-4-1991.
- Wij91a van Wijk R, Geilenkirchen WLM. Regulatiestoringen van de huid bij orgaanaandoeningen. Litteratuuroverzicht. Ned Tijdschr Integrale Geneeskd 1991; 2: 51-9.

BIJLAGE A.IIIORACUPUNCTUUR

1 INLEIDING

Ooracupunctuur kan worden beschouwd als een volledig Westerse methode. Men maakt onderscheid tussen twee vormen van ooracupunctuur: de zogenaamde 'primitieve' ooracupunctuur (of auriculo*therapie) en de hieruit ontwikkelde auriculo-medicinae (of auriculogeneeskunde) waarbij men gebruik maakt van de reacties van het lichaam op het aanbieden van micro-informatie ('Pols van Nogier¹).

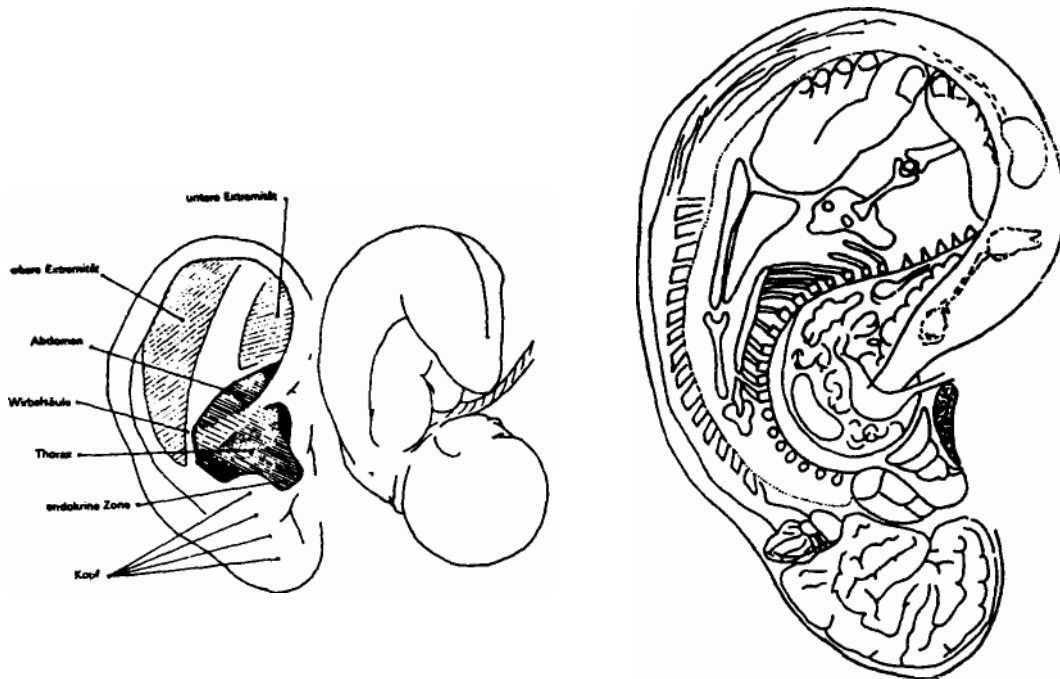
Over de auriculotherapie is voor het eerst door de Franse arts Nogier gepubliceerd in 1956 in het Duitse Zeitschrift für Akupunktur (zie ook Nog69). De Chinese ooracupunctuur is een na de publicatie van Nogier ontwikkelde variant.

2 AURICULOTHERAPIE ('PRIMITIEVE' OORACUPUNCTUUR)

Nogier ontdekte dat al sinds eeuwen in het Middellandse Zeegebied een heel specifieke therapie voor spitklachten bestond. Bij deze therapie werd een hete naald op een bepaalde pijnlijke plek in het oor gestoken met, zoals Nogier constateerde, een positief resultaat. Uitgaande van de gedachte dat, als de ischiaszenuw via het oor beïnvloedbaar is, ook andere delen van het lichaam te beïnvloeden *zijn*, ontdekte Nogier, na jarenlang speuren, op het oor een relatie met de anatomie van het lichaam. Deze relatie is het eenvoudigst voor te stellen door een afbeelding van een foetus op het oor (zie afbeelding). Onderzoekingen door anderen (bijv. Oleson, OleS0) hebben later

auricula - oor.

deze gedachte bevestigd.



Niboyet ontdekte in 1963 dat de huidweerstand van een actief acupunctuurpunt verschilt van die van zijn omgeving (Nib63). Daardoor werd het mogelijk de actieve punten op het oor met een electricch meetapparaat te localiseren. Op grond van deze ontdekking van Niboyet ontwikkelde Nogier een electriche puntzoeker. Daarmee kan, door druk uit te oefenen, de gevoeligheid van punten worden vastgesteld. Gebleken is dat hierdoor eveneens actieve punten zijn te localiseren: het oor blijkt een reflexgebied van het gehele lichaam, waarop alleen - doordat zij gevoelig zijn - die puntjes of plekjes zijn te localiseren die zijn gecorreleerd aan delen van het lichaam die niet in orde zijn. Men zou het oor in dezen kunnen vergelijken met het dashboard van een auto, waarop lichtjes de slecht functionerende onderdelen aangeven. Ooracupuncturisten claimen dat de auriculotherapie bij uitstek geschikt is voor de behandeling van klachten waarbij oorzaak en gevolg op dezelfde plaats zijn gelocaliseerd (bijvoorbeeld trauma's); het pijnstillend effect zou aanzienlijk zijn.

3 AURICULOGENEESKUNDE (AURICULO-MEDICINAE, 'POLS VAN NOGIER')

In 1966 deed Nogier zijn volgende ontdekking. Hij bemerkte een verandering aan de polsslag van de patiënt, wanneer hij het oor stimuleerde. Het bleek daarbij niet om een verandering van het aantal polsslagen te gaan - het ritme van het hart bleef namelijk hetzelfde - maar om een meer subtiele verandering .

Al eerder was door verschillende onderzoekers opgemerkt dat een vasculaire reflex optreedt als het lichaam met verschillende energiefrequenties of electromagnetische velden in aanraking komt. Volgens Badgley (Bad84) werd een vasculaire reflex reeds in 1918 door White beschreven (Whil8). Nogier maakt melding van de waarnemingen van Leriche in 1943 (Nog78).

Het huidige gebruik van deze reflex voor diagnostische doeleinden komt voort uit nader onderzoek van Nogier (Nog69). Nogier vond in de eerste plaats dat de kracht van de polsslag veranderde wanneer subtiele energievormen (electromagnetische velden, licht etc.) boven het oor werden gehouden. Deze onmiddellijke respons bleek bij nader inzien niet alleen op te treden bij stimulatie in het oorgebied, maar algemeen te worden veroorzaakt wanneer een energievorm (temperatuur- en drukverschillen, licht (intensiteit, kleur, gepolariseerd en onzichtbaar licht, zowel IR als UV), maar ook elektrische, magnetische en chemische stimulaties) in het lichaamsveld werd gebracht (zie o.a. het werk van Henry et al. (Hen79 a, b)). Het signaal kan gedurende enkele tot tientallen polsslagen worden waargenomen; de golf kan positief of negatief zijn, dat wil zeggen opschuiven in de richting van de hand (positief) of van de elleboog (negatief, steeds zwakker wordend). Met behulp van deze polsreactie zou bepaald kunnen worden welk medicament voor een bepaalde patiënt in een bepaalde situatie het meest geschikt is of voor welke substantie de patiënt allergisch is.

De vasculaire reflex zou als een biologische meetmethode met diagnostische waarde kunnen worden beschouwd, die gebruikt kan worden om te bepalen hoe de patiënt reageert op

bepaalde invloeden of stimuli.

De verklaring die Nogier voor het verschijnsel gaf, baseerde hij op de waarneming dat in een elastisch buizensysteem staande golven optreden wanneer daar met behulp van een ritmisch werkende pomp snel vloeistof doorheen wordt gepompt. In het lichaam zou het hart door het openen en sluiten van de aortaklep als ritmische pomp fungeren en de grote bloedvaten als elastisch buitensysteem. Nogier veronderstelde dat de drukgolf die vanuit het hart via de arteriën naar de periferie gaat (primaire drukgolf), afhankelijk van de perifere weerstand, wordt teruggekaatst (secundaire drukgolf). De zich in tegengestelde richtingen verplaatsende drukgolven zouden dan een interferentiepatroon aangaan en staande golven produceren, waarbij de plaats en intensiteit van de staande golven afhankelijk zou zijn van de perifere weerstand. De verandering die Nogier als respons op zijn behandeling waarnam, bestond uit het verschuiven van zo'n staande golf. Hij kon voelen hoe de top van de golf zich door het bloedvat verplaatste, nu eens in de richting van de hand, dan weer de andere kant op. Soms duurde de verplaatsing slechts een of twee golf-slagen, een andere keer echter ook veel langer. De verandering zou, omdat deze afhankelijk is van de perifere weerstand, een reactie van het sympatisch zenuwstelsel zijn (Nog83).

De benaming van het fenomeen is in de loop van de tijd veranderd. Toen Nogier aan het eind van de jaren zestig het verschijnsel waarnam bij onderzoek aan het oor, gaf hij het de naam *Réflexe Auriculo-Cardiaque* (RAG). De benaming RAC suggereert in sterke mate dat de reflex een gevolg van een prikkeling van het oor zou zijn. Mede op aandringen van Nogier zelf is de naam veranderd in *Vasculaire Autonoom Signaal* (VAS). In de praktijk wordt echter meestal over de 'pols van Nogier' gesproken.

Verschillende onderzoeksteams hebben zich beziggehouden met het objectiveerbaar maken van de vasculaire respons (Bri78, BouBl). Henry en medewerkers hebben onderzoek verricht naar een sensormethode om de vasculaire respons vast te leggen

(Hen79). Ook door Navach (Californië) werd een dergelijk onderzoek gestart (Nav80). Bij deze onderzoeken werd het Doppler-effect als sensorisch principe gebruikt. De ultrageluidsensor werd boven de radialis-pols geplaatst en vervolgens werd de Doppler-apparatuur verbonden aan een schrijver of aan een oscilloscoop. Over het algemeen is het signaal goed meetbaar aan de arteria radialis op het botuitsteeksel op de pols. Navach heeft een integrator aan het geheel gekoppeld en rapporteert een hoger aantal succesvolle experimenten. Geen van de onderzoeken heeft echter tot nu toe tot een in de praktijk bruikbaar apparaat geleid.

Beoefenaars van de oorgeneeskunde gebruiken de VAS op vele manieren. Zo kan met behulp van een drie-volts batterij met de positieve of de negatieve kant het oor worden afgetast; wanneer men op die plaatsen komt welke in de primitieve ooracupunctuur gevoelig op druk reageren of die door elektrische huidweerstandsmetingen zijn aan te tonen, kunnen de ooracupuncturisten een reactie aan de pols voelen. Met deze methode zou het oor eenvoudiger en sneller volledig te onderzoeken zijn dan met de methoden uit de primitieve ooracupunctuur. Ook zou, wanneer men een medicament rechtstreeks of in een filter of proefbuis op de romp of ledematen van de patiënt legt - dus het in contact brengt met de huid - met behulp van de pols van Nogier te controleren zijn of het medicament positief op het zieke orgaan inwerkt, maar ook of het reacties in andere organen oproept.

De ooracupuncturisten stellen dat, wanneer het geneesmiddel goed werkt, het punt van het oor verdwijnt; indien het toxisch werkt, komen punten te voorschijn op die plaatsen op het oor die overeenkomen met de organen waarin de bijwerkingen zich zullen manifesteren.

Indien op geleide van het VAS het oor in zijn geheel wordt afgetast om te diagnostiseren waar een storing bestaat, worden zeer veel afwijkingen gevonden. Gesteld wordt dat dit komt doordat zowel de oorzaak van de ziekte als ook alle gevolgen daarvan zich op het oor kenbaar maken. Door verdere

ontwikkeling van hun methode zijn de ooracupuncturisten tegenwoordig in staat bij het onderzoek van een patiënt 'filters' toe te passen (dit kunnen ook electrostatische velden zijn), waardoor alleen de primaire punten overblijven.

Met deze methode zou het mogelijk zijn therapieblokkades op te sporen en daarvoor een behandeling in te stellen of alleen constitutionele punten duidelijk te maken en de patiënt via deze punten te behandelen (met behulp van naalden of medicamenten) .

Thans is in een groot aantal cursussen voor auriculogeneeskunde de meetmethode opgenomen (Nog78,81,83; Bah75,77,79; Bou80,81; NAAV91).

LITTERATUUR

- Bad84 Badgley LE. A New Method for Locating Acupuncture Points and Body Field Distortions. *Am J Acupuncture* 1984; 12: 219-227.
- Bad85 Badgley LE. A New Method for Identifying Therapeutically Effective Homeopathic Remedies and Acupuncture Points. *Am J Acupuncture* 1985; 13: 51-6.
- Bah75 Bahr F. *Ohr-Akupunktur*. Schweizer Verlaghaus AG, 1975.
- Bah77 Bahr F (ed). *Lehrbuchreihe: Wissenschaftliche Akupunktur und Aurikulomedizin*. Verlag für Medizin Dr Ewald Fisher (cursusmateriaal), 1977.
- Bah79 Bahr F (ed). *Systematik und Praktikum der wissenschaftlichen Ohr-akupunktur für Fortgeschrittene*. Dr F Bahr, Conollystrasse 26, 8000 München 40 (cursusmateriaal).
- Bou80 Bourdiol R. *Eléments d'auriculotherapie*. Editions Maisonneuve, 1980.
- Bou81 Bourdiol R. *L'auriculo-somatologie*. Editions Maisonneuve, 1981.
- Bri78 Bricot B. *Enregistrement du RAC*. *Aur Med* 1978; 12: 7-8.
- Hen79a Henry JCh. *Methodological Studies of Proof of the ACR (VAS)*, 6th German/Latin congress on acupuncture and auricular therapy. Munich, 1979.

- Hen79b Henry JCh, Henry E, Cardot JCl, Magnin P. Etude VAS par Dopplerographie, 7th German/Latin congress on acupuncture and auricular therapy, Palma de Mallorca, Spain. *Arztezeitschr für Naturheilverf* 1979; 7: 338-401.
- Mad84 Madill PV. Auriculotherapy. Ingezonden. *JAMA* 1984; 14: 1855-6.
- Mel84 Melzack R, Katz J. Auriculotherapy. Ingezonden. *JAMA* 1984; 14: 1856-7.
- NAAV91 NAAV-acupunctuuronderwijs. Modulair systeem. Ned Artsen Acupunctuur Vereniging, mei 1991.
- NavSO Navach JH. Infrared photo-pulse sensor and Doppler Investigation of the Autonomie Vascular System (VAS), 7th German/Latin congress of acupuncture and auricular therapy, Palma de Mallorca, Spain, 1980.
- Nib63 Niboyet JEH. La moindre résistance a l'électricité de surface punctiforme et de trajets cutanés concordants avec les points et méridien bases de l'acupuncture. Dissertatie 1963. Louis Jean Cap 1963.
- Nog69 Nogier PFM. *Traite d'Auriculothérapie*. Editions Maisonneuve, 1969.
- Nog78 Nogier PFM. *Seminaire d'auriculomédecine du 3^e degré*. Ecully: Editions Francois Reder, 1978.
- NogBl Nogier PFM. *Introduction to Auricular Therapy*. Editions Maisonneuve, 1981.
- Nog83 Nogier PFM. *From Auriculotherapy to Auriculomédecine*. Editions Maisonneuve, 1975-1990.
- Nog84 Nogier PFM. Auriculotherapy. Ingezonden. *JAMA* 1984; 14: 1855-6.
- OleSO Oleson TD, Kroening RJ, Bresier DE. An experimental evaluation of auricular diagnosis: the somatotopic mapping of musculoskeletal pain at ear acupuncture points. *Pain* 1980; 8: 217-29.
- Por91 Portnov FG. *Electropuncture Auricular Diagnosis and Therapy*. *AKU* 1991; 2: 143-4.
- Whils White GS. *A lecture Course to Physicians on Natural Methods in Diagnosis and Treatment*. Los Angeles 1918; 115.
- Wie86 Wiegant FAC. Vasculair autonoom signaal. In: *Directe reacties van organismen op homeopathische potenties*. Alkmaar: VSM Geneesmiddelen bv, 1986, 38-42.

- Wij91a van Wijk R, Geilenkirchen WLM. Regulatiestoringen van de huid bij orgaanaandoeningen. Ned Tijdschr Integrale Geneeskd 1991; 2: 51-9.
- Wij91b van wijk R. Het Vasculair Autonoom Signaal, chakra's en de geneesmiddelentest. Ned Tijdschr Integrale Geneeskd 1991; 1: 31-6.

BIJLAGE A. IVACUPUNCTUUR MET BEHULP VAN LASERS

In toenemende mate wordt in de verschillende vormen van acupunctuur in plaats van naalden van soft- (laag vermogen, koude of therapeutische) en de iets krachtiger mid-lasers gebruik gemaakt. Voordeel hiervan is dat de acupuncturist de huid niet hoeft te doorboren (zelfs niet hoeft aan te raken), waardoor het potentiële risico van besmetting met virussen die hepatitis-B of AIDS kunnen veroorzaken, wordt vermeden. Bovendien is bij gebruik van naalden de acupunctuur een invasieve behandeling (en dus, volgens het wetsontwerp BIG, voorbehouden aan medici), maar met het gebruik van lasers niet.

De werking van lasers is anders dan die van naalden: de stimulering berust niet op mechanische prikkeling maar op fotochemische processen. De effecten van naald- en laserstimulatie worden in grote lijnen vergelijkbaar geacht, zij het dat ten gevolge van een naaldsteek gedurende enkele dagen een wondje blijft bestaan dat, doordat het zelf 'lasert', een verlengd effect bewerkstelligt. Anderzijds is het voor behandelaren die zeer veel ervaring met lasers hebben in bepaalde gevallen mogelijk precies de voor een bepaalde patiënt geïndiceerde frequentie te bepalen; in een enkel geval (bij afstandpunten) blijkt behandeling met een laser van juiste frequentie een beter effect te geven dan een naaldsteek. Goede resultaten van laserbehandeling worden gemeld bij de behandeling van patiënten met pijn en oedeem en bij de behandeling van kinderen lijdend aan (onder andere) diarrhee, huidaandoeningen en enuresis (He89).

Bij toepassing van lasers is in principe dubbelblind onderzoek met placebo-controle naar het effect van de behande-

ling mogelijk; inmiddels zijn de resultaten van een aantal van dergelijke onderzoeken gepubliceerd. Met nadruk zij gewezen op de zeer complexe problemen die zich voordoen na evaluatie van het onderzoek met placebo-controle (zie hoofdstuk 10 van het advies van de commissie). Hieraan is in de gepubliceerde artikelen onvoldoende aandacht besteed.

Een interessant overzicht van de toepassingsmogelijkheden van soft-lasers vindt men in het rapport van het Studiecentrum voor Technologie en Beleid TNO 'Hoe soft is de laser in de fysiotherapie?' (Vro90). Hoewel dit rapport in het bijzonder gaat over het gebruik van lasers in de fysiotherapie, komen vele problemen aan de orde die ook in het alternatieve veld spelen: de kloof tussen het medische en paramedische circuit, het gebrek aan onderzoekservaring en het ontbreken van een infrastructuur voor onderzoek, weinig geld voor onderzoek op dit terrein.

LITTERATUUR

- Bro90 Brockhaus A, Elger CE. Hypalgesic efficacy of acupuncture on experimental pain in man. Comparison of laser acupuncture and needie acupuncture. Pain 1990; 43: 181-5.
- Dev90 Devor M. What's in a beam for pain therapy? Pain 1990; 43: 139.
- Hak90 Haker E, Lundeberg T. Laser treatment applied to acupuncture points in lateral humeral epicondylgia. A double-blind study. Pain 1990; 43: 243-7.
- Han90 Hansen HJ, Thoroe U. Low power laser biostimulation of chronic oro-facial pain. A double-blind placebo controlled cross-over study in 40 patients. Pain 1990; 43: 169-79.
- Har89 Harrison T. Laser Acupuncture: Can Lasers Replace the Needie? What is the Optimum Dosage? A Review of Current Literature. American J of Acupuncture 1989; 17: 325-9.

- He89 He Jin-zhi. The Clinical Application of Helium-Neon Laser in Paediatric Ailments: A Report of 1420 Cases Treated with Low-Level Laser Therapy. *Laser-Ther.* 1989; 1/2: 75-8.
- Jar90 Jarvin D. Bruce MacIver M. Electrophysiologic recording and thermodynamic modeling demonstrate that helium-neon laser irradiation does not affect peripheral A.w- C-fiber nociceptors. *Pain* 1990; 43: 235-42.
- Kre86 Kreczi T, Klinger D. Laser Acupuncture versus Placebo. *Acupuncture & Electro-Therapeutics Res Int J* 1986; 11: 207-16.
- Kin90 King CE, Cielland JA, Knowles CJ, Jackson JR. Effect of Helium-Neon Laser Auriculotherapy on Experimental Pain Threshold. *Physical Therapy* 1990; 70: 38-44.
- Lan89 Langer H, Meer L. Ergebnisse nach Akupunktur und Laserpunktur bei chronischer Epicondylopathia humeri radialis. *Dtsch. Zschr. Akup.* 1989; 32: 106-8.
- Li89 Li S, You S. A New Approach in the Application of the Helium-Neon Laser in Acupuncture Therapy for Prostatitis: a Clinical Study involving 114 cases. *Laser-Ther.* 1989; 1/1: 37-40.
- Vro90 Vrolijk HW. Hoe soft is de laser in de fysiotherapie? Een constructieve Technology Assessment. Studiecentrum voor Technologie en Beleid TNO, Apeldoorn, december 1990.

BIJLAGE A.VMETA-ANALYSE VAN GEPUBLICEEERDE ONDERZOEKINGEN NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN SYMPTOMATISCHE ACUPUNCTUUR

Een groep onderzoekers van de Vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg heeft met subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (verleend na overleg met de Commissie Alternatieve Behandelwijzen van de Gezondheidsraad) een serie artikelen gepubliceerd betreffende de effectiviteit van symptomatische acupunctuur bij verschillende aandoeningen, gebaseerd op een meta-analyse van de bestaande literatuur (Rie89, 1 t/m 11).

Onderstaande tekst is ontleend aan het door de onderzoekers aan de subsidiegever uitgebrachte verslag (Kni89).

'In een serie artikelen werd het onderzoek naar de effectiviteit van acupunctuur bij verschillende aandoeningen behandeld. Van acht verschillende indicatiegebieden (chronische pijn, lage rug- en nekpijn, migraine en spanningshoofdpijn, reumatoïde artritis, aangezichtspijn, astma, stoppen met roken en verslaving aan alcohol en drugs) werden de publicaties geëvalueerd. In totaal werden 91 publicaties besproken. Deze werden beoordeeld aan de hand van 20 methodologische criteria die vooraf gedefinieerd waren. Voor ieder criterium konden punten gescoord worden. Een studie waarin bijvoorbeeld de indeling van de groepen via randomisatie plaatsvond, waarin de effectmeting geblindeerd geschiedde en die meer dan 50 patiënten per groep bevatte, kreeg hiervoor respectievelijk 4, 3 en 3 punten. Zo werden alle criteria gescoord. Een perfecte studie kon zo 40 punten verdienen. Het beoordelen van de literatuur op deze wijze wordt wel een 'op criteria gebaseerde meta-analyse' genoemd. Uit de resultaten blijkt dat de kwaliteit van het onderzoek in het algemeen laag was. Slechts 12% van de experimenten scoorde meer dan 20 punten. Geen enkele studie scoorde meer dan 27 van de 40 te verdienen punten. Hierdoor kunnen geen definitieve conclusies getrokken

worden. Een analyse van de kwaliteit van de studies ten opzichte van hun uitkomst laat echter voor alle indicaties zien dat naarmate de studies beter van kwaliteit zijn, er minder vaak positieve effecten van acupunctuur gevonden worden. De beste studies laten bijna allemaal geen positief effect zien. Aan de hand van deze resultaten voorspellen de auteurs dat in werkelijk goed onderzoek acupunctuur niet beter zal blijken te werken dan placeboacupunctuur.

Conclusies

Er blijken inderdaad vele experimenten naar de effectiviteit van verschillende alternatieve geneeswijzen te zijn gedaan. Door het systematische opsporen van literatuur door een combinatie van zoektechnieken (computersearches, het screenen van bekende en minder bekende tijdschriften en rapporten, het bezoeken van symposia en met name het bezoeken van deskundigen) kwamen vele studies boven water. Zo werden zo'n honderd publicaties gevonden waarin een acupunctuurbehandeling met een controlegroep werd vergeleken. Daarmee is duidelijk aangetoond dat veel meer literatuur bestaat over verschillende onderwerpen dan wel gedacht wordt.

Dit literatuuronderzoek laat zien dat ondanks het feit dat verschillende alternatieve geneeswijzen redelijk zijn ingeburgerd en op vrij grote schaal onderzocht zijn, de effectiviteit ervan vaak niet of nauwelijks aannemelijk is gemaakt. In het beleid ten aanzien van alternatieve geneeswijzen zal de bewijslast voor of tegen de effectiviteit moeten worden meegewogen.'

De artikelen en de bij de analyse gevolgde methode zijn door de werkgroep en vervolgens door de commissie besproken en becommentarieerd. De conclusies kwamen op een belangrijk punt overeen met die van de onderzoekers zelf (Rie89, 6):

'Als we bedenken hoeveel methodologische kritiek in feite kan (en moet) worden geleverd op deze studies - ongelukkige keuze van de controlegroep, gebrekkige blindering, kleine patiëntenaantallen, onvolledige rapportage - dan dringt in volle omvang het besef door dat in alle redelijkheid niet kan worden geconcludeerd dat acupunctuur iets uithaalt tegen migraine of spanningshoofdpijn. Wij weten echter ook niet of acupunctuur niet werkzaam is tegen deze aandoeningen. Dit geldt m.m. voor de overige onderzochte aandoeningen.'

Deze meta-analyse kan derhalve geen antwoord geven op de vraag of 'de acupunctuur' effectief is.

De commissie kon zich verenigen met de uitspraak van de werkgroep dat een herhaling van dergelijke onderzoekingen binnen de Nederlandse situatie niet zinvol zou zijn. Zij deelt

echter eveneens de verwachting dat, wanneer ernstig rekening wordt gehouden met de kritiek op de in deze meta-analyse besproken onderzoeken, een goed opgezet experiment met grote aantallen patiënten - waar de Limburgse onderzoekers op duiden in hun 'Nawoord en Aanbevelingen' (Rie89, 11) een antwoord zou kunnen geven op de vraag naar de effectiviteit van de westerse vormen van acupunctuur.

Gezien de publiciteit die de resultaten van de Limburgse onderzoekers allerwegen hebben gekregen, acht de commissie het van belang te benadrukken dat - zoals de onderzoekers dit betitelen - 'formule-acupunctuur' is onderzocht. Uit de serie artikelen blijkt dat hieronder de westerse, symptomatische acupunctuur* moet worden verstaan.

Dit houdt in dat de conclusies van de onderzoekers niet mogen worden geëxtrapoleerd naar andere vormen van acupunctuur en zeker niet naar de traditionele acupunctuur, zoals ook door de traditionele acupuncturisten in een reactie op deze serie artikelen werd benadrukt:

'.... de begrippen 'ziekte' en 'gezondheid' worden in de westerse geneeskunde en de traditionele Chinese geneeskunde verschillend geïnterpreteerd en de diagnostiek in beide vormen van geneeskunde is zo wezenlijk anders gericht dat de voor deze meta-analyse geselecteerde criteria a priori onbruikbaar zijn om een antwoord te kunnen geven op de vraag naar het effect van de methode' (Eng89).

De commissie wijst er naar aanleiding hiervan op dat men in de sociale wetenschappen (waaruit de meta-analyse afkomstig is) al langer te maken heeft met moeilijk te evalueren therapieën (gedragstherapie etc.). Uit de grote hoeveelheid in dit vakgebied beschikbare literatuur zouden wellicht andere evaluatiestrategieën te destilleren zijn, toepassing waarvan mogelijk een meer genuanceerd beeld van het effect van 'de acupunctuur' kan opleveren.

Onder hetgeen in de onderzochte publicaties 'electro-acupunctuur' is genoemd, wordt elektrische stimulatie van naalden verstaan; dus geen electroacupunctuur zoals gedefinieerd in hoofdstuk 4 van de rapportage van de Werkgroep Acupunctuur.

LITTERATUUR

- Eng89 Engelhart JH, Kwee SH. De twijfel aan het oordeel. Huisarts Wet 1989; 32: 482-3.
- Kni89 Knipschild P, Kleijnen J, Riet ter G. De effectiviteit van verschillende alternatieve geneeswijzen. Verslag van een literatuuronderzoek in opdracht van het Ministerie van WVC over de periode september 1987 tot september 1989, Rijksuniversiteit Limburg 1989.
- Rie89 1) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. Oorsprong en werkingsmechanismen van acupunctuur (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 170-5.
- Rie89 2) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. De meta-analyse als review-methode (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 176-81.
- Rie89 3) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. Acupunctuur en nekpijn/ruggpijn (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 23-7.
- Rie89 4) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. Acupunctuur en reumatoïde artritis (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 228-9.
- Rie89 5) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. Acupunctuur en chronische pijn (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 230-8.
- Rie89 6) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. Acupunctuur bij migraine en spanningshoofdpijn (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 258-63,272.
- Rie89 7) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. Acupunctuur en aangezichtspijn (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 264-6.
- Rie89 8) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. Acupunctuur en astma (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 267-72.
- Rie89 9) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. Acupunctuur en stoppen met roken (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 299-303.
- Rie89 10) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. Acupunctuur, alcohol en drugs (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 304-7.
- Rie89 11) Riet ter G., Kleijnen J., Knipschild P. Nawoord en aanbevelingen (De effectiviteit van acupunctuur). Huisarts Wet 1989; 32: 308-12.

BIJLAGE A.VIPROTOCOL VOOR EEN BLACK BOX ONDERZOEK NAAR HET RENDEMENT VAN
ACUPUNCTUUR

1 DOEL VAN HET ONDERZOEK

Doel van het onderzoek is het bepalen van het rendement van een acupunctuurbehandeling. Onder 'rendement' wordt verstaan de verandering die gemeten naar westers en regulier-medische maatstaven onder invloed van een acupunctuur-behandeling optreedt in de toestand van een patiënt.

2 TE ONDERZOEKEN VORMEN VAN ACUPUNCTUUR

De te onderzoeken vormen van acupunctuur zijn traditionele acupunctuur, behandelingen gebaseerd op electrodermale meetmethoden en ooracupunctuur.

Tevoren wordt vastgesteld welke electrodermale meetmethode het meest voor onderzoek in aanmerking komt; deze methode wordt door alle deelnemende beoefenaars van deze behandelwijze toegepast. Eveneens wordt tevoren vastgesteld welke ooracupunctuur-methode zal worden onderzocht; ook alle deelnemende ooracupuncturisten passen deze methode in het kader van dit onderzoek toe. Er wordt van uitgegaan dat de verschillende methoden worden toegepast conform de in de desbetreffende leerboeken gegeven richtlijnen.

3 ACHT GROEPEN PATIËNTEN

Uit de lijst met aandoeningen die voor behandeling in aanmerking komen (zie bijlage A.VII) worden er vier gekozen (A, B, C, D) . Per aandoening worden twee groepen patiënten gevormd:

a patiënten die korter dan (bijvoorbeeld) een jaar aan de kwaal lijden (recente patiënten) b patiënten die langer dan (bijvoorbeeld) een jaar aan de kwaal lijden (chronische patiënten).

Op deze wijze ontstaan acht verschillende groepen patiënten: aandoening A recent, aandoening A chronisch, aandoening B recent, etc. Per groep worden ten minste 50 patiënten gekozen*. Alle patiënten zijn tevoren onderzocht op geschiktheid en ingelicht omtrent aard en doel van het onderzoek. Gezien de mogelijke voorkeur van patiënten voor een bepaalde therapie danwel therapeut, die in dit veld zeer duidelijk kan zijn, zal in de patiënteninformatie nadrukkelijk op de consequenties van randomisatie moeten worden gewezen. Daarom komen alleen patiënten voor dit onderzoek in aanmerking die zich voor onderzoek naar een 'alternatief' voor hun tot dan toe gevolgde behandeling, melden voor 'een acupunctuurbehandeling'. Alleen patiënten van wie volgens de gebruikelijke regels volledige informed consent is verkregen, worden in het onderzoek opgenomen**.

4 VIER CONDITIES

Binnen elk van de acht groepen patiënten worden de patiënten door loting (aselect) door een neutrale arts (niet de behandelaar) toegewezen aan één van de vier condities*** (een kwart van het aantal patiënten per conditie): a behandeling gebaseerd op electrodermale meetmethoden b ooracupunctuur; c traditionele acupunctuur (TCM) d wachtlijst: deze patiënten worden pas na (bijvoorbeeld) drie maanden wachttijd - indien dan nog gewenst - behandeld volgens a, b of c (loting).

Dit aantal is uit praktische overwegingen gekozen; de werkgroep verwacht dat met 50 patiënten bij de te kiezen aandoeningen redelijkerwijs een uitspraak over het behandelresultaat mogelijk zal zijn. Zie evenwel paragraaf 10.3 van het advies van de commissie. zie ook sub 10.

Door deze procedure krijgen ongeveer 12 patiënten uit elke groep een zelfde behandeling. Bijvoorbeeld binnen de electrodermale meetmethode-conditie zijn 12 recente patiënten met aandoening A, 12 chronische patiënten met aandoening A, 12 recente patiënten met aandoening B, etc.

5 DEELNEMENDE ACUPUNCTURISTEN

Bij het onderzoek zijn ten minste vier in electrodermale meetmethoden bedreven acupuncturisten, vier ooracupuncturisten en vier traditionele acupuncturisten* betrokken. Uit elke groep van 12 patiënten worden drie patiënten aselekt toegewezen aan een bepaalde (tand)arts-acupuncturist. Iedere acupuncturist moet dus 24 patiënten (drie patiënten uit acht groepen) behandelen.

N.B. Bijzondere rekening moet worden gehouden met het gegeven dat ook binnen de verschillende vormen van acupunctuur bepaalde specialisaties voorkomen. Men mag er daarom niet van uitgaan dat (bijvoorbeeld) alle ooracupuncturisten even bedreven zijn in het behandelen van alle in bijlage A,VIII genoemde aandoeningen.

6 VIER FACTOREN

In technische termen heeft de proefopzet vier factoren: Aandoeningen (vier verschillende aandoeningen), Duur (recente versus chronische klachten), Conditie (electrodermale meetmethoden, ooracupunctuur, TCM en wachtlijst) en Therapeut

Er moet rekening mee worden gehouden dat de TCM-acupuncturist niet altijd zelf alle onderdelen van de behandeling voor zijn rekening neemt: de mogelijkheid bestaat dat hij voor bepaalde onderdelen (Tai Ji Quan, Qi Gong of Chinese massage) naar een co-therapeut verwijst. Ook deze co-therapeut komt dan in de 'black box'. Hij moet op dezelfde nauwkeurige wijze als de acupuncturist een protocol bijhouden van zijn behandelwijze.

(4 therapeuten voor electrodermale meetmethoden, 4 voor ooracupunctuur en 4 voor TCM) . De factoren Aandoening, Duur en Conditie zijn volledig gekruist. De factor Therapeut is genest: vier therapeuten binnen ooracupunctuur, vier andere therapeuten binnen electrodermale meetmethoden en nog vier anderen binnen TCM. Een schematisch voorstelling van de proefopzet is hieronder opgenomen (per cel het aantal patiënten).

		<u>Aandoening A</u>		<u>Aandoening B</u>		<u>Aandoening C</u>		<u>Aandoening D</u>	
		ree.	chron.	ree.	chron.	ree.	chron.	ree.	chron.
Electrodermale meetmethoden	Th. 1	3	3	3	3	3	3	3	3
	Th. 2	3	3	3	3	3	3	3	3
	Th. 3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Th. 4	3	3	3	3	3	3	3	3
Ooracupunctuur	Th. 5	3	3	3	3	3	3	3	3
	Th. 6	3	3	3	3	3	3	3	3
	Th. 7	3	3	3	3	3	3	3	3
	Th. 8	3	3	3	3	3	3	3	3
TCM	Th. 9	3	3	3	3	3	3	3	3
	Th. 10	3	3	3	3	3	3	3	3
	Th. 11	3	3	3	3	3	3	3	3
	Th. 12	3	3	3	3	3	3	3	3
Wachtlijst		12	12	12	12	12	12	12	12

Essentieel voor het onderzoek is dat de patiënten uit de acht groepen door loting toegewezen worden aan de condities (oor-acupunctuur, electrodermale meetmethoden, TCM en wachtlijst) en binnen de condities oor-acupunctuur, electrodermale meetmethoden en TCM door loting aan één van de betrokken therapeuten .

De werkgroep adviseert om praktische redenen een behandeling volgens het 'intention-to-treat' principe: dit houdt in dat een patiënt wordt geregistreerd volgens de aanvankelijk toebedeelde methode, ongeacht de mogelijkheid dat de patiënt

de behandeling onderbreekt of om wijziging verzoekt. Het intention-to-treat principe impliceert tevens dat voor uitvallers geen vervangende patiënten in het onderzoek worden opgenomen.

7 MEETINSTRUMENTEN

Er zijn twee typen meet-instrumenten:

a Subjectief: hiervoor wordt een vragenlijst gebruikt. Het opstellen van een dergelijke lijst vormt een apart deel van het onderzoek.

b Regulier: door een neutrale arts (zie sub 3) wordt op reguliere wijze de diagnose gesteld, waar mogelijk met behulp van gestandaardiseerde apparatuur (op één of meer centrale plaatsen) en onder gestandaardiseerde omstandigheden.

De subjectieve metingen en de reguliere diagnostiek worden verricht bij alle patiënten; de reguliere metingen alleen bij patiënten met aandoeningen waarbij reguliere metingen zinvol zijn. Bij de selectie van aandoeningen (zie punt 2) valt het daarom aan te bevelen minstens twee aandoeningen te kiezen waarbij reguliere metingen mogelijk zijn. In het verloop wordt aangenomen dat bij de aandoeningen A en B reguliere metingen mogelijk zijn.

8 METINGEN

De metingen worden uitgevoerd ongeveer één week voor het begin van de therapie (voormeting), één week na beëindiging van de therapie (nameting) en één jaar na de voormeting (follow-up). De subjectieve meting met de vragenlijst wordt bij de nameting en follow-up ook afgenomen in de vorm van retrospectieve voormeting: dit om eventuele response-shifts bij de beantwoording op te sporen (zie Hoogstraten c.s., 'Het begrip 'response shift' en retrospectieve zelfbeoordeling' (Hoo85). Schematisch:

Voormeting (één week voor therapie)		Nameting (één week na therapie)			Follow up (één jaar na voormeting)		
Subj.	Reg.	Subj.	Eeg.	Retr.	Subj.	Reg.	Retr.

Aand. A en B
(Patiënten Th. 1
t/m 12 en
Wachtdlijst)

Aand. C en D
(Patiënten Th. 1
t/m 12 en
Wachtdlijst)

9 ONDERZOEKERS

Het onderzoek wordt uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers en hulpkrachten (zie 'Uitgangspunten voor het onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen' bijlage II bij het advies van de commissie). Zij wijzen (door loting) de patiënten toe aan condities en therapeuten, voeren de metingen uit, analyseren de gegevens. Als een patiënt uitvalt wordt dit aan de onderzoekers gemeld. Dezen gaan - via een gestandaardiseerd interview - na waarom een patiënt is uitgevallen en leggen dit vast. Ook de uitgevallen patiënten worden - zo mogelijk - gevolgd.

10 REGISTRATIE

De acupuncturisten behandelen de patiënt geheel volgens hun eigen methode. In de praktijk betekent dit dat zij ook hun eigen diagnose zullen stellen. Voorwaarde voor een dergelijke aanpak is dat de behandelaars zeer nauwkeurig en ondubbelzinnig vastleggen:

- welke wijze van diagnostiek zij toepassen en wat de conclusie daarvan is
- welke vorm van therapie zij toepassen:

- medicamenten (welke, in welke dosering en hoe lang; ook die medicamenten welke voor eventuele andere dan in het onderzoek behandelde klachten/afwijkingen worden gebruikt)
- aangeprikte punten (welke, waarmee, hoe, hoe vaak)
- leefregels
- oefeningen
- massage

hoe frequent zij de patiënt zien hoe lang de verschillende consulten duren en de onderwerpen (inclusief de niet-medische) die tijdens het consult aan de orde komen. De totale duur van de behandeling bedraagt 3-6 maanden.

11 ANALYSE

De kwantitatieve gegevens kunnen geanalyseerd worden met behulp van variantie-analyse; de categorische gegevens met behulp van loglineaire modellen voor frequentie-tabellen. De interessante effecten zijn

- a het hoofdeffect van de factor 'conditie': verschillen tussen electrodermale meetmethoden, ooracupunctuur, TCM en wachtlijst, over alle vier de aandoeningen, de duur van de aandoening en de therapeuten heen.
- b interacties van de factor 'conditie' met andere factoren, bijvoorbeeld ooracupunctuur heeft meer succes bij aandoening B terwijl een behandeling gebaseerd op electrodermale meetmethoden meer succes heeft bij aandoening A of behandeling volgens electrodermale meetmethoden heeft meer succes bij recente patiënten, terwijl TCM meer succes heeft bij chronische patiënten etc.
- c het effect van de wachtlijstconditie op de patiënten en op het resultaat van de na de wachtperiode gegeven behandeling.

12 WACHTLIJST

De wachtlijstconditie vormt een zwak punt in de proefopzet: deze patiënten weten dat zij na enige tijd een therapie krijgen; ook het effect daarvan dient onderzocht te worden. Eenvoudiger zou zijn als controle een conditie te hebben waarin de patiënten alleen regulier behandeld worden. Het valt echter te verwachten dat patiënten zich niet aselekt willen laten toedelen aan een reguliere of acupunctuurtherapie, omdat zij een uitgesproken voorkeur hebben voor één van beide behandelmethoden.

Om toch enig inzicht te krijgen in de vergelijking met reguliere therapie, wordt voorgesteld een conditie met reguliere behandeling waaraan de patiënten niet door loting worden toegewezen (dus vergelijking met patiënten uit een reguliere huisartsenpraktijk) toe te voegen. In deze conditie komen eveneens 96 patiënten (twaalf uit elk van de acht groepen). De samenstelling is dezelfde als in de andere vier condities, maar deze patiënten zijn niet door loting toegedeeld. Dezelfde metingen worden ook op dezelfde tijdstippen uitgevoerd als bij de andere condities.

13 BEGRIPSAANDUIDINGEN

Over de voor behandeling in aanmerking komende aandoeningen is overeenstemming bereikt tussen de reguliere werkgroepleden en de acupuncturisten (zie bijlage A.VII). Bij de uitvoering van een onderzoek als in deze bijlage omschreven zal echter rekening moeten worden gehouden met de verschillende denkkaders van waaruit de acupuncturisten hun patiënten behandelen en de resultaten van hun behandeling beoordelen. Gezien de met deze denkkaders samenhangende begrippenkaders en het bijbehorend taalgebruik is het van essentieel belang bijzondere aandacht te besteden aan de bij registratie en evaluatie te gebruiken bewoordingen en telkenmale vast te stellen dat derhalve voor zowel onderzoekers als therapeuten hetzelfde betekenen.

14 LITTERATUUR

Hoo85 Hoogstraten J, Meijer E de, Spranger M. Het begrip 'response-shift' en retrospectieve zelfbeoordeling. Ned Tijdschr voor de Psychologie 1985; 40: 488-502.

BIJLAGE A.VIIOVERZICHT VAN AANDOENINGEN DIE IN AANMERKING KUNNEN KOMEN VOOR
EEN BLACK BOX ONDERZOEK NAAR HET RENDEMENT VAN ACUPUNCTUUR*

- 1 vele gewrichtsklachten/gewrichtsaandoeningen, mits
gedefinieerd
- 2 hoofdpijnklachten, c.q. vormen van hoofdpijn mits ge
definieerd; aangezichtspijnen
- 3 omschreven vermoeidheidsklachten/vermoeidheidsbeelden
- 4 omschreven chronische buikklachten; (regulier) onbe-
handelbare obstipatie of diarree
- 5 dysmenorrhoe
- 6 slapeloosheid, nervositas, te definiëren stemmings
stoornissen
- 7 omschreven stoornissen in de regulatie van doorbloeding
- 8 restverschijnselen na CVA
- 9 enkele tot chroniciteit neigende ontstekingen/infec-
ties, waarbij reguliere antimicrobiële therapie niet
onomstreden geïndiceerd wordt geacht (voorbeelden:
rhinitiden, sinusitis, otitis)
- 10 acné, pathologische haaruitval, andere gedefinieerde
huidaandoeningen
- 11 brachialgie
- 12 (recidiverende) maagklachten en ulcera duodeni
- 13 chronische pijnklachten, mits gedefinieerd/gespecifi-
ceerd, waar ook in het lichaam.

* Onder 'gedefinieerd' (c.q.: 'omschreven', 'gespecifi-
ceerd') in deze opsomming te verstaan: in reguliere termino-
logie.

BIJLAGE A.VIII

VOORSTEL VOOR FUNDAMENTEEL ONDERZOEK NAAR DE BETEKENIS VAN
TRADITIONELE ACUPUNCTUUR: TRANSCRIPTIE

1 INLEIDING

Geïnspireerd door het intensieve overleg tijdens de werkgroepvergaderingen hebben de traditionele acupuncturisten een voorstel uitgewerkt voor een onderzoek met behulp waarvan de transcriptie (zie paragraaf 3.1 van de werkgroeprapportage)- die noodzakelijk is om de in de traditionele acupunctuur gehanteerde (Chinese) begrippen toegankelijk te maken voor (westerse) natuurwetenschappelijke interpretatie - mogelijk zou worden. De resultaten zouden als uitgangspunt moeten dienen voor een te ontwikkelen onderzoeksmethodologie. Uiteindelijk doel van het project was te achterhalen welke aspecten/ideeën uit de traditionele acupunctuur zouden kunnen bijdragen tot een verbetering van de huidige gezondheidszorg.

Dit voorstel, waarvan hieronder een samenvatting is opgenomen, is voor subsidiëring ingediend bij de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, die in dezen advies van de Commissie. Alternatieve Behandelwijzen van de Gezondheidsraad heeft gevraagd. Het voorstel is daartoe in eerste instantie door de projectleider met voorzitter en secretaris en vervolgens (medio 1989) in de plenaire commissie besproken.

De conclusie luidde dat het project op zichzelf interessant is, maar dat onvoldoende wordt aangegeven hoe de onderzoekers de problemen in concreto willen aanpakken, welke methode zij denken te gebruiken en welke strategie zal worden gevolgd. Afgezien daarvan achtte de commissie een filosofisch onderwerp als dit bij uitstek thuis horen op een universiteit; deze zou hiertoe zelf de benodigde middelen ter beschikking

moeten stellen (of deze elders werven).

2 SAMENVATTING PROJECT 'TRANSCRIPTIE EN METHODOLOGIE VOOR TRADITIONELE CHINESE GENEESKUNST'

Doel van het project is het ontwikkelen van een wetenschappelijk verantwoorde aanpak voor (effect)onderzoek van (traditionele Chinese) acupunctuur (cf. adviesaanvraag staatssecretaris aan de Gezondheidsraad, zie hoofdstuk 1 van het advies van de commissie), teneinde: a de feitelijke en specifieke therapeutische waarde van

de behandelwijze aan te tonen

b een juiste plaatsbepaling van de acupunctuurtherapie (resp. TCM) binnen het vigerende medische bestel mogelijk te maken

c de mogelijkheid te exploreren sommige van de TCM- begrippen - met name de entiteiten 'gezondheid' en 'genezen' - en TCM-methoden na vertaling ('transcriptie') voor de moderne westerse geneeskunde ten nutte te maken.

Reden dat men dit onderzoek wil uitvoeren, is dat de verwachting gewettigd lijkt dat via een waarachtige communicatie tussen regulier en alternatief een wezenlijke herbezinning op de grondslagen van de westerse geneeskunde kan worden werkstelligd, opdat een nieuw, en waarschijnlijk gunstiger - uit volksgezondheids- maar ook uit financieel oogpunt - toekomstperspectief voor de gezondheidszorg zal kunnen ontstaan.

De vraagstelling van het project is vierledig:

a welke zijn de feitelijke grondslagen van de traditionele chinese geneeskunst b welke zijn de feitelijke

grondslagen van de westerse geneeskunde

c hoe verhouden deze zich tot elkaar en wat zijn de mogelijkheden via wezenlijke communicatie en bezinning de gezondheidszorg op een hoger plan te brengen

d welke zijn de parameters en criteria voor een verantwoorde aanpak van acupunctuur(effect)onderzoek.

De ppzet van het project is gepland in drie fasen: a verkennen en inventariseren van reeds bestaande kennis omtrent transcriptie

b ontwikkelen van een specifiek transcriptiemodel c ontwikkelen van een concept-model ten behoeve van acupunctuur(effect)onderzoek.

3 TOELICHTING

Opvallend is de snelle penetratie van Westerse opvattingen en methoden in de geneeskunde zoals deze de laatste decennia in China wordt onderwezen en bedreven (Siv87). Gevolg hiervan is dat ook de manier waarop men de eigen lichamelijke, gezondheid en ziekte ervaart, verandert. Omdat de westerse geneeskunde wel is geïntroduceerd, maar niet werkelijk geïntegreerd in het medisch handelen, bestaat de vrees dat ook in China het - al schaarser wordend - inzicht in de traditionele Chinese geneeskunst geheel zal uitsterven (Siv90a,b).

De indieners van bovenbedoeld transcriptievoorstel benadrukken dat het geenszins de bedoeling is met kunst- en vliegwerk in het Westen een uitstervende Oosterse traditie vast te houden. Zij stellen dat, los van de ontwikkelingen in het medisch handelen in China, overeind blijft dat in de traditionele Chinese geneeskunst zeer gedetailleerd een systeem wordt beschreven volgens hetwelk de 'gezondheid' van de mens zou kunnen worden bepaald en beïnvloed.

De traditionele acupuncturisten zijn overtuigd dat het voor een wezenlijke vernieuwing van de huidige gezondheidszorg zeer de moeite waard zou zijn via transcriptie de in de TCM gebruikte begrippen te vertalen, daarmee het binnen de TCM geformuleerde systeem te ontrafelen en vervolgens na te gaan waarop de TCM in feite aangrijpt en hoe aldus het ziekteverloop kan worden beïnvloed. Hierbij moet de vraag worden

gesteld of het aangrijpingspunt van TCM primair ligt op het niveau van de persoon (patiënt), respectievelijk diens kracht en intentie tot 'genezen', of dat - wat voor TCM-methoden zoals acupunctuur en kruidenbehandeling zou kunnen gelden - rechtstreeks de mechanismen worden beïnvloed via welke de 'genezing' plaatsvindt (geneesproces)*.

Een ander belangrijk aspect betreft de beschrijving in de TCM van het beloop van gestoorde 'gezondheid' - zich al dan niet manifesterend via 'ziekte' - in het verloop van de tijd. Een analyse hiervan zou met name ten aanzien van chronische ziekten van betekenis kunnen zijn.

4 LITTERATUUR

- Siv87 Sivin N, Arbor A. Traditional Medicine in contemporary China. Ann Arbor: Center for Chinese Studies, The University of Michigan, 1987.
- Siv90a Sivin N. Traditional Medicine in Contemporary China. American Journal of Acupuncture 1990; 18: 325-40.
- Siv90b Sivin N. Reflections on the situation in the people's republic of China, 1987. American Journal of Acupuncture 1990; 18: 341-3.

Zie bijlage XI^A

BIJLAGE A.IXACUPUNCTUUR EN DE COMPUTER

Naar aanleiding van een lezing over het gebruik van de computer bij diagnose, registratie van patiëntengegevens en evaluatie van behandelresultaten die dr W Boermeester, arts/acupuncturist te Kapellen, België tijdens een in 1989 door de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA) georganiseerd congres heeft gehouden, heeft de commissie de heer Boermeester nadere informatie gevraagd omtrent zijn methode. Het bleek dat het door Boermeester ontwikkelde programma thans nog maar voor een beperkt aantal indicaties bruikbaar is; aan uitbreiding en vertaling in het Engels wordt gewerkt. In België werkten in 1990 60 arts-acupuncturisten met de door Boermeester gebruikte programmatuur.

Dr Boermeester heeft ten behoeve van de commissie de door hem gevolgde methode bij de behandeling van patiënten met migraine op schrift gesteld. Bespreking hiervan heeft in de commissie tot uitvoerige discussies geleid. De conclusie ten aanzien van de gevolgde aanpak luidde dat een gecomputeriseerd programma als uitgewerkt door Boermeester de basis kan vormen voor een serieus onderzoek naar therapeutische effectiviteit van acupunctuur. Nadere uitwerking zou in overleg met dr Boermeester dienen te geschieden; deze heeft zich hiertoe in principe bereid verklaard.

BIJLAGE A.X

DE ONTWIKKELING VAN EEN PROCEDURE GERICHT OP HET VOOR-
SPELLEN VAN RESULTATEN VAN NIET-REGULIERE WIJZEN VAN
PIJNBESTRIJDING: EEN OPERATIONALISATIE BIJ TENS*-BE-
HANDELING

Op verzoek van de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen van het Ministerie van WVC heeft de commissie een voorstel bestudeerd getiteld: 'De ontwikkeling van een procedure gericht op het voorspellen van resultaten van niet-reguliere wijzen van pijnbestrijding: een operationalisatie bij TENS*-behandeling'.

TENS is een vorm van electrotherapie die door patiënten zelf kan worden ingeschakeld met behulp van een klein apparaatje zodra pijn optreedt. Niet duidelijk is echter welke patiënt wel en welke niet gunstig op TENS zal reageren. Het voorgestelde onderzoek zou een antwoord op deze vraag moeten leveren.

De onderzoekers hebben redenen te veronderstellen dat de reactie op een bepaalde stimulatie (lichtflits, geluid) en de mate van gewenning bij voortdurende van de stimulans bij patiënten die niet op TENS reageren verstoord verlopen. In het voorgestelde onderzoek zou dit vermoeden worden getoetst door voorafgaande aan de behandeling bij alle patiënten het activatie-niveau vast te stellen en deze gegevens na afloop van de TENS-behandeling (dubbelblind) te correleren aan het resultaat van de behandeling. Verwacht werd dat patiënten met een hoog

TENS: Transcutane Electro Neuro Stimulatie. De hier vermelde projecten zijn elk slechts door enkele daartoe aangewezen werkgroepleden becommentarieerd.

activatie-niveau weinig baat zouden hebben bij TENS-behandeling. Het onderzoek zou worden uitgevoerd bij alle nieuw ingeschreven patiënten met chronische regionale pijn op basis van cervicale spondylarthrose in de leeftijd van 40 tot 60 jaar.

De onderzoekers veronderstelden dat zij, indien deze hypothese zou kunnen worden bevestigd, daarmee over een simpele procedure zouden beschikken waarmee een effectieve patiëntenselectie voor tal van 'alternatieve' methoden van pijnbestrijding mogelijk zou worden. Tevens zou het onderzoek meer inzicht in de achtergronden van chronische pijn moeten geven.

De conclusie van de commissie luidde dat de geopperde vraag ten aanzien van het effect van TENS weliswaar op de geschetste manier kan worden onderzocht, maar dat zelfs een positief resultaat niet zonder meer zou kunnen worden geëxtrapoleerd naar andere niet-reguliere wijzen van pijnbestrijding. Daarbij werd opgemerkt dat TENS op zich zelf wel een reguliere behandelwijze is waarvan echter het onderliggend mechanisme nog niet goed is opgehelderd.

De subsidieaanvraag is uiteindelijk niet gehonoreerd.

BIJLAGE A.XI

VOORSTEL VOOR EEM ONDERZOEK NAAR DE DIAGNOSTISCHE
MOGELIJKHEDEN VAN DE ELECTRO-ACUPUNCTUUR VOLGENS VOLL (EAV)
BIJ HET OPSPOREN VAN ONTSTEKINGEN IN HET GEBIT

Op verzoek van de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen van het Ministerie van WVC heeft de commissie een voorstel beoordeeld voor een onderzoek naar de diagnostische mogelijkheden van de electro-acupunctuur volgens Voll (EAV) bij het opsporen van ontstekingen in het gebit. Doel was het bepalen van de betrouwbaarheid van deze diagnostische methode in vergelijking met de thans in de tandheelkundige praktijk gangbare diagnostische methoden.

Volgens de onderzoekers is gebleken dat de reguliere tandheelkundige diagnostische onderzoeken onder normale klinische omstandigheden veel beperkingen hebben en niet altijd betrouwbaar zijn, voor de patiënt belastend en in sommige gevallen zelfs schadelijk. Met behulp van EAV zou het mogelijk zijn eventuele ontstekingen in het gebit te localiseren en te bepalen wat de aard van deze ontstekingen is. Onderzoek met EAV zou niet gevaarlijk, pijnlijk of anderszins belastend zijn voor de patiënt.

Op grond van de bezwaren van de commissie tegen de opzet van dit onderzoek, maar ook gezien de elders gepubliceerde negatieve ervaringen met EAV (Kle90, 91, zie litteratuurlijst bij bijlage A.II), is de aangevraagde subsidie geweigerd. Wel is van departementale zijde gesteld dat financiering van onderzoek op dit gebied alsnog in overweging genomen zou kunnen worden indien een pilotstudy terzake, mogelijkerwijs in combinatie met overige gegevens, zodanige verwachtingen zou

scheppen dat financiering in weerwil van de negatieve uitkomsten van ander onderzoek gerechtvaardigd zou lijken.

BIJLAGE A.XII

VOORSTEL VOOR EEN ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN
TCM BIJ DE BEHANDELING VAN PIJN IN DE HOOFD- EN NEK-
STREEK. IN HET BIJZONDER SPIERSPANNINGSHOOFDPIJN. HET
FIBROMYALGIE/CERVICAAL SYNDROOM EN HET WHIPLASH SYN-
DROOM

Op verzoek van het Ministerie van WVC heeft de commissie zich verdiept in een voor subsidie aangemeld project 'Effectiviteit van TCM (Traditional Chinese Medicine) bij de behandeling van pijn in de hoofd- en nekstreek, in het bijzonder spierspanningshoofdpijn, het fibromyalgie/cervicaal syndroom en het whiplash syndroom'.

Het belang van dit onderzoek zou volgens de indieners van de subsidie-aanvraag zijn: 'het leveren van een bijdrage tot bestudering van de effecten van de Chinees-traditionele geneeskunst in termen van westerse geneeskunde, mede ter onderbouwing van een gemotiveerde keuze omtrent de klinische toepassing van TCM-therapie'. Als doel werd aangegeven: 'bestuderen of TCM-diagnostiek met de daarbij behorende therapie tot een voorspelbaar (en bruikbaar) behandelingsresultaat leidt'.

Volgens het oordeel van de commissie was het onderzoek, na enkele wijzigingen, in principe uitvoerbaar maar gaf de opzet geen garantie dat het aangegeven belang hiermee gediend of het doel bereikt zou worden.

De subsidie-aanvraag is niet gehonoreerd.

BIJLAGE

ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN (TRADITIONELE)
ACUPUNCTUUR: OVERWEGINGEN EN DENKMODELLEN

JH Engelhart, anesthesioloog, Amsterdam GV
Kloppenburg, anesthesioloog, Rijswijk 1986;
herzien 1992/1993

INHOUDSOPGAVE

<u>INLEIDING</u>	513
<u>OVERWEGINGEN</u>	515
HYPOTHETISCH WERKINGSSPECTRUM VAN {TRADITIONELE) ACUPUNCTUUR	529
3.1 Placebo-effect	529
3.2 Aspecifiek effect	532
3.3 Specifiek effect	533
3.4 Traditionele acupunctuur -effect	534
VERSCHILLENDE METHODEN VAN ACUPUNCTUUR	536
4.1 Symptomatische acupunctuur: lokaal	536
4.2 Symptomatische acupunctuur: lokaal en distant	537
4.3 Acupunctuur volgens (traditionele) acupunctuur-syndromen	538
4.4 Traditionele acupunctuur	538
<u>ONDERZOEK VAN TRADITIONELE ACUPUNCTUUR</u>	540
<u>BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN</u>	546
<u>LITTERATUUR</u>	549
ANNEX door GV Kloppenburg	551

INLEIDING

In het navolgende worden, met betrekking tot de benadering van de vraagstelling van de Staatssecretaris van WVC*, enkele overwegingen gegeven aangaande de traditionele acupunctuur. Bezien is in welke onderzoek-fase de traditionele acupunctuur verkeert en waarop met nader onderzoek naar de (eventuele) effectiviteit aangesloten kan worden; zulks in het kader van de notitie 'Uitgangspunten voor het onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen' van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen en de daarin aangegeven fasering van het onderzoeksprogramma (zie bijlage II bij het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek en de daaraan ontleende tabel op de volgende pagina).

Voorts wordt een hypothetisch werkingsspectrum beschreven waarbinnen de werkzaamheid**, werking** en werkwijze** van (traditionele) acupunctuur kunnen worden aangeduid. Aan de hand daarvan wordt de problematiek met betrekking tot wetenschappelijke evaluatie van acupunctuurbehandeling in het algemeen, en van de behandeling met traditionele acupunctuur in het bijzonder, geadstrueerd.

Ten slotte wordt een beschouwing gewijd aan de wijze waarop een eventueel onderzoeksprogramma zal kunnen worden ingericht.

Zie hoofdstuk 1, paragraaf 1.1 van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.
Voor de omschrijving van deze begrippen: zie hoofdstuk 6 van deze bijlage.

FASEN VAN HET BASISONDERZOEKSPROGRAMMA TER BEOORDELING VAN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN

Verrichten van zoveel mogelijk waarnemingen opdat (getals)waarden voor een veelzijdig stel criteria verkregen worden voor een breed scala van patiënten en behandelaars.

Samenvatten van de resultaten in tabellen, zodat een - voorlopig - inzicht kan worden verkregen in het verloop van de toestand van de patiënten en in de factoren (leeftijd, geslacht, aard klacht, persoon van de behandelaar etc.) die geacht worden van betekenis te zijn. Dergelijke tabellen hebben slechts een beschrijvend karakter.

- FASE 2: Hypothese-genererend Bestuderen van het verkregen waarnemingsmateriaal; formuleren van hypothesen. De intuïtie van behandelaar en onderzoeker speelt in deze fase een belangrijke rol. Formele overwegingen zijn nog niet van betekenis.
- FASE 3: Toetsend Opzetten en uitvoeren van een onderzoeksprotocol ter toetsing van de in fase 2 opgestelde hypothesen. Zorggedragen moet worden dat de voorwaarden waarop de bij deze toetsing te gebruiken statistische technieken zijn gebaseerd ook in feite gerealiseerd kunnen worden.
- FASE 1: Verkennend

OVERWEGINGEN

Als eerste overweging geldt dat voor het verkrijgen van inzicht in de werkelijke betekenis van de traditionele acupunctuur niet zal kunnen worden volstaan met een onderzoek naar de effectiviteit van de behandelwijze. Daarvoor is het nodig om de wijze waarop de (eventuele) effectiviteit (werkzaamheid) van traditionele acupunctuur tot stand komt in beschouwing te nemen, c.g. zich in de ten aanzien van deze behandelwijze voorgestelde werking te verdiepen.

Traditionele acupunctuur is aan te merken als die wijze van lichaamsacupunctuur (acupunctuurbehandeling met gebruik van punten over het hele lichaam) welke gebaseerd is op het concept van de traditionele Chinese geneeskunst (Traditional Chinese Medicine; TCM). Traditionele acupunctuur is hiermee te onderscheiden van westers georiënteerde acupunctuurwijzen zoals symptomatische acupunctuur, (peroperatieve) acupunctuur-analgesie, electro-acupunctuur volgens Voll en daarvan afgeleide electrodermale meetmethoden en auriculotherapie volgens Nogier en van behandelvormen met een beperkte puntentopografie zoals oor-, hand-, voet- en schedelacupunctuur, alsmede van met acupunctuur vergelijkbare methoden binnen andere culturen.

De werking van traditionele acupunctuur moet derhalve in eerste instantie vanuit het concept van de traditionele Chinese geneeskunst worden gezien.

Het concept van de traditionele Chinese geneeskunst kan globaal - en met de premisse dat een niet-Chinese beschrijving te allen tijde een vertekening zal inhouden - als volgt worden aangeduid.

In de traditionele Chinese geneeskunst vormen 'Qi'* en 'energetiek'^{1*} de basisprincipes. Binnen de 'energetiek' staat een omschreven gezondheid-begrip centraal, dat berust op het uitgangspunt dat de 'energetiek' van de persoon integraal en interactief deel uitmaakt van het algehele evenwicht van 'beweging en verandering' waarin de gegeven leefsituatie plaatsheeft ('homoeostase' *) . De 'harmonie' van het persoonlijke functioneren met dit algehele evenwicht geldt daarbij als voorwaarde voor het onderhouden van een evenwicht waarin de individuele 'energetiek' zich optimaal kan ontplooiën: het 'gezondheid-evenwicht' c.q. gezondheid*.

Een situatie van disharmonie tussen beide gaat gepaard met een stagnatie van de dynamiek ('beweging en verandering') binnen het gezondheid-evenwicht, waardoor de homoeostase onbestendig wordt, c.q. een toestand van (chronische) ongezondheid resulteert. Onder omstandigheden kan deze situatie vervolgens uitmonden in het optreden van klachten en/of afwijkingen; beide hangen in hun aard weliswaar samen met de gegeven constellatie van de desbetreffende evenwichtsverstoring ten opzichte van de persoonlijke (constitutionele) 'energetiek', maar zijn in wezen epifenomenen van de stagnatie van het gezondheid-evenwicht .

De traditionele Chinese geneeskunst beoogt een integrale ('holistische') benadering van het gezondheid-evenwicht te zijn; in oorsprong primair om de harmonie van het persoonlijke functioneren binnen het algehele evenwicht te bewaren en te bestendigen, danwei een dreigende situatie van disharmonie te doen kenteren. Daarenboven beoogt de traditionele Chinese geneeskunst, in geval van een reeds ontstane toestand van disharmonie, de individuele 'energetiek' op een daartoe aangewezen wijze opnieuw 'af te stemmen' op het gegeven algehele evenwicht. Hiermede zal het teloor geraakte gezondheid-evenwicht haar dynamiek - binnen een actuele, nieuwe context - kunnen herkrijgen en zullen inmiddels eventueel opgetreden

Omschrijving: zie hoofdstuk 6 van deze bijlage.

klachten en/of afwijkingen terug kunnen gaan.

In de traditionele Chinese geneeskunst vormt het individuele vermogen tot zelfstandig behoud van de gezondheid het uitgangspunt. Het door de persoon aangegeven probleem - de klacht - wordt gezien als uiting van onvermogen om de gezondheid te bewaren, respectievelijk op eigen kracht een stagnatie in het gezondheid-evenwicht te boven te komen; of, met andere woorden, het niet bij machte zijn van de persoon om op eigen kracht te genezen*. Vanuit deze optiek behelst de traditionele Chinese geneeskunst een hulpverlening die bestaat in het gidsen van de mens bij het bewaren van zijn gezondheid, danwei zijn vermogen tot behoud van gezondheid - en daarmee de mogelijkheid van genezen - te hervinden. Kort gezegd, het helpen van de mens zichzelf te helpen.

Hiertoe wordt in de traditionele Chinese geneeskunst, op integrale wijze, een aantal verschillende (behandel)methoden toegepast, zoals acupunctuur, kruidenbehandeling, Tai Ji Quan**, Qi Gong**, Chinese massage** en gerichte leef- en voedingsadviezen. Hoewel de plaats van acupunctuur binnen het Chinese bestel in de loop der tijd wisselingen heeft ondergaan, moet de traditionele acupunctuur steeds in de context van een integraal behandelpakket worden gezien. De afzonderlijke beschouwing van traditionele acupunctuur licht deze methode derhalve uit haar eigenlijke verband en zal daarmee altijd een vertekening inhouden.

Het hierboven aangegeven concept van de traditionele Chinese geneeskunst lijkt welhaast in tegenstelling met de principes van de westerse - voornamelijk natuurwetenschappelijk georiënteerde - geneeskunde. Anders dan in de traditionele Chinese geneeskunst waar een gezondheid-begrip centraal staat.

Omschrijving: zie de begrippenlijst (hoofdstuk 19) bij het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.

Omschrijving: zie de rapportage van de Werkgroep Acupunctuur, paragraaf 3.1 (bijlage XI bij het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek) .

wordt in de westerse geneeskunde primair van een ziekte-begrip uitgegaan. Bij dit ziekte-begrip is het bestaan van organische - of psychische - afwijkingen (c.q. een pathologisch-anatomisch substraat of laesie) van overwegende betekenis. Elementair daarbij is dat aan de afwijkingen waarmee een toestand van ziekte vergezeld kan gaan, op geleide van natuurwetenschappelijke toetsing en analyse, etiologische betekenis wordt toegekend - zowel ten aanzien van de ziekte zelf als met betrekking tot het voorkomen van klachten. Ook deze causale koppeling van klachten met afwijkingen vormt een wezenlijk verschil met de traditionele Chinese geneeskunst waarbinnen zowel klachten als afwijkingen worden beschouwd als epifenomenen van het gestagneerde gezondheid-evenwicht.

Overigens zijn ten aanzien van het causale verband van klachten en afwijkingen zoals dit wordt gelegd in de westerse geneeskunde kanttekeningen te plaatsen, omdat het samengaan van klachten en afwijkingen geen vast gegeven is. Gedacht kan worden aan het voorkomen van afwijkingen bij mensen zonder klachten, of aan patiënten met klachten bij wie geen afwijkingen (meer) kunnen worden aangetroffen. De implicatie van deze discrepantie is te onderkennen in medisch-ethische problemen, zoals in geval van geconstateerde afwijkingen bij de niet-zieke mens, danwei in gepopulariseerde en niet zelden ambivalente uitspraken als 'psychisch', 'psychosomatisch' of 'functioneel' waar het gaat om patiënten met klachten zonder aanwijsbare afwijkingen. Het gegeven van de discrepantie zelf dient echter op de eerste plaats aanleiding te zijn voor fundamentele discussie .

In de westerse geneeskunde vormt, zoals gezegd, het bestaan van aanwijsbare afwijkingen de leidraad voor de hulpverlening. Hoewel de persoon de hulpverlening primair met een klacht benadert - bij wijze van persoonlijke hulpvraag om een opgetreden ongerief alsnog de baas te kunnen - is de hulpverlening in principe niet op de klacht, maar op daaraan ten grondslag gedachte afwijkingen gericht. In dat kader wordt het behandelen van de desbetreffende afwijkingen gezien als het

wezenlijke element van de therapie, met de premisse dat de verklaring van de werking van die behandeling binnen het natuurwetenschappelijke model berust. Dat deel van de werkzaamheid van een behandeling dat door de patiënt zelf tot stand wordt gebracht, i.e. het placebo-effect*, valt niet zodanig te duiden en wordt veelal als oneigenlijk (eventueel bovendien onderzoek-storend) nevenverschijnsel van de therapie gezien. In het reguliere medische bestel heeft placebo dan ook over het algemeen een negatieve connotatie.

Omtrent de werking van placebo bestaat vooralsnog geen natuurwetenschappelijke verklaring. Dit geldt met name met betrekking tot de wijze waarop de 'placebo-actie'* bij de patiënt de 'placebo-reactie'¹* in gang zet, waarmede vervolgens het placebo-effect ('placebo-respons'*) tot stand komt. Wel zijn verscheidene factoren beschreven die hierbij een rol spelen (met als basis het intrinsieke, interactieve behandelproces tussen behandelaar en patiënt, zie 3.1), maar de werkwijze van de placebo-actie zelf blijft tot op heden onduidelijk**.

Paradoxaal is dat met de term 'placebo-effect' een 'effect' (i.e. werkzaamheid) wordt toegedacht aan een a priori onwerkzaam 'agens' c.q. een 'placebo', in plaats van aan de patiënt zelf. De (fundamentele) theoretische onduidelijkheid omtrent placebo ten spijt moet evenwel worden geconstateerd dat het placebo-fenomeen binnen de praktijk van de patiëntenzorg een rol van betekenis speelt (zie het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek).

Het in de westerse geneeskunde beschreven begrip placebo in de zin van het (bij klinisch onderzoek) toedienen van een behandeling waarvan geen werking wordt verwacht***, heeft

* Omschrijving: zie hoofdstuk 6 van deze bijlage.

** Zie ook het Annex bij deze bijlage.

*** Zie paragraaf 10.1 (sub 1 en 2) van het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek en de omschrijving van 'placebo' (sub 1 en 2) in hoofdstuk 6.

binnen de traditionele Chinese geneeskunst geen plaats*. Rekening houdend met deze premisse, kan placebo - in de zin van impliciet element van therapie in het algemeen - volgens een arbitraire interpretatie vanuit de context van de traditionele Chinese geneeskunst worden geduid als een indirecte, ongerichte beïnvloeding van het genezen respectievelijk andere woorden, ^{3*}als het geneesproces (zie 3.1), of, met geneeskunst danwei ^{4*}een 'nonspecifieke' wijze van ¹'nonspecifieke' geneeswijze.

De aard van het genezen en het daaruitvolgend geneesproces dat door placebo (placebo-actie) in gang wordt gezet (placebo-reactie), ligt waarschijnlijk enerzijds besloten in de (geconditioneerde) notie van de patiënt omtrent het gegeven ziektebeeld en anderzijds in het op fysiologisch niveau overeenstemmen van het complex van genezen en geneesproces met het en richting (positief ^{5*}of ^{6*}negatief) van de beïnvloeding van het genezen en, in het verlengde daarvan, het geneesproces, worden bepaald door algemene factoren als ontvankelijkheid, placebo-(non)-responder-ship, behandelsetting etc., maar bovenal door het zich ont-plooiende samenstel van de verwachting van behandelaar en pa-

- * Onverlet dit gegeven kan worden opgemerkt dat in de traditionele Chinese geneeskunst binnen de 'energetiek' onder andere een 'overdracht' van 'energetiek' tussen behandelaar en patiënt wordt onderkend. In die zin dient zich een mogelijke overeenkomst aan met de immateriële 'overdracht' bij placebo (placebo-actie) (zie ook het Annex bij deze bijlage).
- 2* Zie paragraaf 10.1 (sub 3) van het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek en de omschrijving van 'placebo' (sub 3) in hoofdstuk 6.
- 3* Omschrijving: zie de begrippenlijst (hoofdstuk 19) bij het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.
- 4* Zie paragraaf 10.2 van het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.
- 5* Omschrijving: zie hoofdstuk 6 van deze bijlage.
- 6* Dat wil zeggen: in relatie tot het herstel van de ziekte. Een negatief placebo-effect moet worden onderscheiden van een nocebo-effect waarbij, in tegenstelling tot placebo, sprake is van een negatieve intentie van de 'behandelaar' en een navenant negatieve verwachting van het individu.

tiënt binnen het behandelproces*. Als zodanig zal de door de placebo-actie in gang gezette tendens tot genezen - en daarmee van het geneesproces - in dezelfde of tegengestelde richting kunnen werken als de werking van de laesie-gerichte behandeling van het ziekteproces, waarbij de resultante van beide vectoren de uiteindelijke werkzaamheid van de therapie bepaalt. Gezien het feit dat de onderlinge verhouding van beide aspecten van therapie sterk zal kunnen variëren, kan de werkzaamheid van eenzelfde behandeling, ook bij een vergelijkbaar ziektebeeld, van geval tot geval aanmerkelijk verschillen.

Het bovengenoemde variabele samenspel van placebo (placebo-actie) en laesie-gerichte behandeling in relatie tot de werkzaamheid van de therapie verdient met name bij patiënt-gebonden vergelijkend onderzoek serieuze aandacht. Onderzoek met placebo-controle waarbij het optreden van een placebo-effect als het ware voorbehouden wordt gedacht aan een 'placebo-groep' die niet met laesie-gerichte therapie wordt behandeld, gaat aan de impliciete placebo van iedere therapie voorbij en kan derhalve niet dienen ter nadere differentiatie van deze variabiliteit van werkzaamheid.

Bovenstaande licht toe dat in de westerse geneeskunde voor het tot stand komen van de werkzaamheid primair de werking van de behandeling op het ziekteproces van betekenis wordt geacht. De werking van placebo waardoor de innerlijke actiebereidheid van de persoon (het genezen) wordt beïnvloed, op geleide waarvan door deze het geneesproces in gang wordt gezet, blijft buiten beschouwing. Omtrent deze opvatting van laesie-gerichte behandeling als 'specifieke^{1**} component van therapie kan evenwel worden gezegd dat juist placebo als het element moet worden gezien dat geneeskunde tot geneeskunst maakt.

Zie 3.1 en paragraaf 10.3 van het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.
Zie paragraaf 10.2 van het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.

Uitgaande van de gegeven omschrijving van het concept van de traditionele Chinese geneeskunst, alsmede van de daarbij aangeduide verschillen en mogelijke parallellen met de westerse geneeskunde, kan de werking van traditionele acupunctuur worden benoemd als een directe, gerichte beïnvloeding van het geneesproces (danwei indirect tot stand komend via een directe, gerichte beïnvloeding van het genezen). Deze werking wordt verondersteld tot stand te komen via een fysische entree, namelijk punctie/stimulatie van omschreven huidpunten, i.e. acupunctuurpunten (zie verder 3.4). Kort gesteld is traditionele acupunctuur een behandelwijze die claimt een geneeswijze te zijn.

Met betrekking tot de voornoemde notitie 'Uitgangspunten voor het onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen' en in ogenschouw genomen hetgeen hierboven op basis van de overweging omtrent de werking van acupunctuur als voorwaarde voor onderzoek is aangegeven, kan worden gesteld dat enig wezenlijk onderzoek betreffende traditionele acupunctuur vooralsnog niet voorhanden is. Ten aanzien van de in de genoemde notitie aangegeven onderzoek-fasering moet uit dien hoofde aangaande toekomstig onderzoek betreffende traditionele acupunctuur worden gesteld dat met fase-1 onderzoek moet worden aangevangen.

Een andere belangrijke overweging ten aanzien van de voornoemde vraagstelling van de Staatssecretaris van WVC - mede indachtig de notitie 'Uitgangspunten voor het onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen' wordt gevormd door de vraag of, c.q. in hoeverre, het voorhanden zijnde acupunctuuronderzoek van betekenis kan worden geacht voor een evaluatie van (de effectiviteit van) traditionele acupunctuur. De desbetreffende onderzoekingen hebben merendeels betrekking op de verscheidene toepassingsgebieden van acupunctuurmethoden welke - op geleide van de introductie begin 70-er jaren van de 'acupunctuur-narcose' uit China - in het Westen tot ontwikkeling zijn gekomen. In grote lijnen zijn hierbij drie onderzoeksgebieden te onderscheiden.

Als eerste kan het onderzoek aangaande pijnbestrijding - onderdrukking van het voelen van pijn - door stimulatie van acupunctuurpunten (acupunctuur-analgesie) worden genoemd, zoals het onderzoek naar de zogeheten acupunctuur-narcose (per-operatieve acupunctuur-analgesie), het experimenteel pijndrempel-onderzoek en het (dierexperimenteel) neurofysiologisch en neurofarmacologisch onderzoek.

Het tweede belangrijke onderzoeksterrein betreft de waarde van acupunctuur als therapie, waartoe het onderzoek kan worden gerekend naar het rendement* van acupunctuur binnen de westerse ziektebehandeling, alsmede de verscheidene onderzoeken aangaande acupunctuurbehandeling bij patiënten met chronische pijnklachten ('chronische pijn'). Binnen dit onderzoeksgebied valt tevens het onderzoek naar een specifieke - reflexologische - werking op fysiologische lichaamsfuncties bij stimulatie van bepaalde acupunctuurpunten.

Het derde onderzoeksgebied betreft de binnen de traditionele Chinese geneeskunst beschreven acupunctuurentiteiten zoals acupunctuurpunten en meridianen. Hieronder vallen topografische, (neuro)anatomische, electrofysiologische en neurofysiologische onderzoeken, alsmede isotopenonderzoek en onderzoek met behulp van thermografie.

Met de huidige stand van zaken lijkt op geen van de genoemde onderzoeksgebieden een eenduidige conclusie gerechtvaardigd. Ondanks een abundantie van ter beschikking gekomen gegevens zijn elementaire vragen blijven bestaan.

De meest concrete uitspraken betreffen het eerste onderzoeksgebied, de analgetische werking van acupunctuurpuntstimulatie (acupunctuur-analgesie), waarvoor een werkwijze via interactie met de endogene (endorfinerge) pijn-modulatiesystemen (zie 3.2) aannemelijk is gemaakt. Ook in dit onderzoek blijven evenwel nog belangrijke onduidelijkheden bestaan. Dit buiten beschouwing latend, is het de vraag of het in geval

Omschrijving: zie de begrippenlijst (hoofdstuk 19) bij het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.

van acupunctuur-analgesie in wezen niet gaat om een effect dat primair door de stimulans op zichzelf - eventueel louter via nocigene activering van de pijnmodulatie - teweeg wordt gebracht. Dat wil zeggen: zonder dat van een feitelijke werking in het bestek van (traditionele) acupunctuur sprake is. Het gebruik van acupunctuurpunten kan hierbij, in het kader van hun verlaagde huidimpedantie (zie verder), primair als facilitering van de stimulatie worden onderkend. Bovendien zijn bij acupunctuur-analgesie de toegepaste methode en het beoogde doel zo wezenlijk anders dan bij de traditionele acupunctuur, dat - de Chinese visie van acupunctuur-analgesie als ontwikkeling binnen de traditionele Chinese geneeskunst (Eng88) daargelaten - daarmee nauwelijks nog een raakvlak valt te onderkennen.

Wat betreft het onderzoek naar de (eventuele) therapeutische kwaliteiten van (traditionele) acupunctuur is de situatie nog minder inzichtelijk. Enkele min of meer harde gegevens omtrent de - vermoedelijk reflexologische (zie 3.3) - werking van stimulatie van sommige acupunctuurpunten (bijvoorbeeld op bloeddruk en longfunctie) daargelaten, zijn de uitkomsten van het onderzoek naar acupunctuurtherapie onduidelijk en weinig eensluidend.

Het patiënt-gebonden rendementsonderzoek van acupunctuurbehandeling laat vooralsnog aanzienlijke twijfel omtrent de waarde van therapeutische toepassing van acupunctuur (zie bijlage A.V bij de rapportage van de Werkgroep Acupunctuur). Bij deze onderzoeken mankeert het vaak aan een verantwoorde wetenschappelijke opzet of ontbreekt een inzichtelijke documentatie omtrent de toepassing van acupunctuur.

Daarenboven is in dergelijk onderzoek overwegend sprake van symptomatische acupunctuur. Symptomatische acupunctuur is, evenals traditionele acupunctuur, een vorm van lichaamsacupunctuur, maar met een wezenlijk ander uitgangspunt voor therapie. In tegenstelling tot hetgeen bij traditionele acupunctuur het geval is, is bij symptomatische acupunctuur de behandeling niet gericht op het persoonlijk beheer van gezond-

heid (ofwel op het genezen en het geneesproces), maar - conform het westerse concept van laesie-gerichte therapie - op interventie bij ziekte, c.q. op beïnvloeding van het ziekteproces. Hiermee samenhangend bestaan ook in de praktische toepassing van symptomatische acupunctuur belangrijke verschillen met traditionele acupunctuur, bijvoorbeeld betreffende anamnese, diagnostiek en diagnose en de gebruikte acupunctuurmethode (zie hoofdstuk 4). Symptomatische acupunctuur wordt bovendien op zeer verschillende wijzen toegepast. Men kan behandelwijzen onderscheiden met een merendeels westers georiënteerd therapieconcept, veelal met (electrische) stimulatie van acupunctuurpunten, en vormen van symptomatische acupunctuur waarbij de therapie in meer of mindere mate uitgaat van acupunctuurwetmatigheden vanuit de traditionele Chinese geneeskunst (zie 4.2). In dat kader zijn bepaalde 'scholen' te onderkennen.

De hierboven gemaakte kanttekeningen bij het tot op heden verrichte onderzoek naar acupunctuur als therapie gelden eens te meer voor het onderzoek naar de effectiviteit van acupunctuurbehandeling bij chronische pijn. Ook hier vertoont het onderzoek vaak belangrijke methodologische tekortkomingen en/of is de toegepaste acupunctuur onvoldoende gedocumenteerd. Tevens zijn bij deze onderzoekingen aanmerkelijke verschillen te onderkennen, zowel in de methodologie, als in de toegepaste wijze van acupunctuur; dit laatste soms zelfs binnen een en hetzelfde onderzoek. Daarbij betreft ook het acupunctuuronderzoek bij chronische pijn in de regel symptomatische acupunctuur, zoals gezegd een acupunctuurmethode volgens een wezenlijk ander therapieconcept dan traditionele acupunctuur en met een diversiteit aan toegepaste behandelvormen.

Bovendien zijn bij onderzoek naar behandeling van chronische pijn op zichzelf - los van de onderzochte behandelmethode - vele variabelen te onderkennen die een rol kunnen spelen bij het stand komen van het behandelresultaat. Ook nog om andere redenen is chronische pijn als onderwerp van onderzoek naar de therapeutische kwaliteiten van acupunctuur geen gelukkige keuze. Binnen de reguliere geneeskunde is het ver-

schijnsel chronische pijn nog allerminst eenduidig vanuit het natuurwetenschappelijke model verklaarbaar, terwijl het, anderszins, in het bestek van de traditionele Chinese geneeskunst onduidelijk is in hoeverre het beeld van de chronische pijnklacht feitelijk een plaats heeft.

De oriëntatie op chronische pijn binnen met name het westerse onderzoek van behandeling met acupunctuur hangt mede samen met de introductie begin 70-er jaren van acupunctuur bij wijze van (peroperatieve) acupunctuur-analgesie. Daarin scheen - met name na de ontdekking van de rol van endorfinen (Pom76) - een aantrekkelijk handvat voor natuurwetenschappelijk onderzoek van acupunctuur besloten (zie o.a. NoaBO). In het verlengde van deze optie verwierf acupunctuur als methode van pijnbehandeling (oogluikend) een plaats binnen het reguliere bestel: impliciet werd er van uitgegaan dat het analgesie-effect de verklaring zou inhouden voor de (eventuele) therapeutische kwaliteit van acupunctuur bij (chronische) pijn.

Een dergelijk verband is echter allerminst vanzelfsprekend. Als toegelicht bij de bespreking van het acupunctuur-analgesie-onderzoek hiervoor, valt acupunctuur-analgesie in het bestek van de (traditionele) acupunctuur waarschijnlijk als een op zichzelf staande methode te onderkennen. Daarnaast is de betekenis van de bij acupunctuur-analgesie aangeduide endorfinerge (etc.) werkwijze (zie 3.2) voor acupunctuurbehandeling van chronische pijn - laat staan acupunctuurtherapie in het algemeen - zeer twijfelachtig. Inzake deze werkwijze voor acupunctuur-analgesie blijven nog belangrijke vragen open. Ook wat betreft endorfinerge mechanismen in het algemeen is het onderzoek nog geenszins afgerond. Evenzo is de feitelijke plaats van de endorfinen binnen de endogene pijn-modulatie-(systemen) nog nader te bepalen. Met name de relatie tussen endorfinen en chronische pijn is vooralsnog onduidelijk. Daarenboven is tot op heden een feitelijke betrokkenheid van een endorfinerg mechanisme bij acupunctuurbehandeling van chronische pijn niet vastgesteld.

De verschillende opmerkingen omtrent het onderzoek naar de therapeutische toepassing van acupunctuur, in het bijzonder in betrekking tot chronische pijn, in ogenschouw genomen, kan worden gesteld dat de tot dusver verrichte onderzoeken nauwelijks of geen inzicht geven in de complexe problematiek van dit onderzoeksgebied. Een betrouwbare en zinvolle evaluatie van de voorhanden zijnde onderzoeksgegevens wordt daarnaast bemoeilijkt door de aanmerkelijke diversiteit - conceptueel en methodologisch - binnen het onderzoek. Een vergelijking van de desbetreffende onderzoeken (en respectievelijke onderzoeksuitkomsten) is daarom in veel gevallen niet mogelijk. Dit is tevens de reden dat evaluatiemethoden als meta-analyse, met name bij het onderhavige onderzoeksgebied, niet voldoen (Eng89; zie ook Moe83).

Gezien de bestaande situatie kan het onderzoek naar acupunctuur als therapie, met name bij chronische pijn, geen uitsluitsel geven omtrent een (eventuele) effectiviteit zelfs niet omtrent een (eventueel) rendement - van acupunctuurbehandeling, laat staan enigerlei conclusie toelaten aangaande een mogelijke werking van acupunctuur. De relevantie van het onderzoek naar de effectiviteit van acupunctuur bij chronische pijn is voor de (eventuele) therapeutische kwaliteit van acupunctuur twijfelachtig en het is al helemaal de vraag in hoeverre het bestaande onderzoek van enige betekenis is voor de traditionele acupunctuur.

Ook bij het derde onderzoeksgebied, namelijk het onderzoek naar binnen de traditionele Chinese geneeskunst beschreven acupunctuurentiteiten, is vooralsnog geen sprake van eenduidigheid. Weliswaar zijn enkele (voorzichtige) uitspraken mogelijk, zoals ten aanzien van acupunctuurpunten en meridianen, maar anderszins blijven wezenlijke vragen open.

Inzake de acupunctuurpunten is een electrofysiologisch onderscheid, met name in de zin van een verlaagde impedantie, ten opzichte van de omringende huid aannemelijk gemaakt. Hierbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt dat deze punten met andere bio-electrische kwaliteiten inderdaad gelijk zijn te

schalen met de binnen de traditionele Chinese geneeskunst beschreven acupunctuurpunten. Wat betreft het onderzoek naar de meridianen zijn de resultaten tot op heden minder inzichtelijk. Van de verschillende soorten onderzoek op dit gebied lijkt met name het (dierexperimenteel) isotopenonderzoek (Kov91,Ver91) een reëel perspectief in te houden.

Ten aanzien van een (eventuele) bewijsvoering inzake acupunctuurentiteiten staat echter ter discussie of daarmee een conclusie omtrent de (eventuele) werking c.q. werkzaamheid (effectiviteit) van acupunctuur zal zijn geoorloofd. Het aantonen van (elementen van) een werkwijze die is gepostuleerd vanuit een op zichzelf nog te bewijzen theoretisch concept met betrekking tot een (eventuele) werking, impliceert geenszins de validiteit van het gehanteerde denkmodel en de daarbij aangegeven relatie van de desbetreffende werkwijze met de (aangenomen) werking. De onjuistheid van deze omgekeerde bewijsvoering wordt bij acupunctuuronderzoek nog onderstreept door de veelal bestaande oriëntatie op een werkwijze in natuurwetenschappelijke termen (zie 3.2 en 3.3), voorbijgaand aan de in de traditionele Chinese geneeskunst aangegeven werkwijze binnen de 'energetiek'. Mede daarom is de relevantie van het onderzoek naar acupunctuurentiteiten, met name voor traditionele acupunctuur, vooralsnog onduidelijk.

De bovenbeschreven drie onderzoeksgebieden overziend, kan worden geconcludeerd dat met het tot op heden verrichte onderzoek (de effectiviteit van) traditionele acupunctuur niet kan worden geëvalueerd. Conform de in de voornoemde notitie 'Uitgangspunten voor het onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen' aangeduide onderzoek-fasering zal derhalve aangaande de traditionele acupunctuur in eerste instantie fase-1 onderzoek zijn aangewezen.

HYPOTHETISCH WERKINGSSPECTRUM VAN (TRADITIONELE) ACU-
PUNCTUUR

Op grond van een compilatie van de voorhanden zijnde gegevens en naar voren gebrachte theorieën, kan ten aanzien van de werkzaamheid van (traditionele) acupunctuur -behandeling worden gesteld dat deze een combinatie is van vier verschillende effecten:

1) het 'placebo-effect', dat per patiënt zal verschillen, afhankelijk is van de persoon van de behandelaar en van de setting waarin de behandeling plaatsvindt, en dat via gewaarwording van acupunctuurwerkingen kan worden versterkt ('super-placebo'); 2) het neurofysiologische effect van de naaldsteek op zichzelf ('aspecifiek effect¹), dat in de mate van optreden afhankelijk is van de plaats van de punctie en toegepaste stimulatie; 3) het eventuele 'specifiek (i.e. therapeutisch) effect' van acupunctuur; 4) het veronderstelde 'traditionele acupunctuur -effect'.

Op basis van een voorlopige transcriptie* van begrippen uit de traditionele Chinese geneeskunst naar westers-medische begrippen, kan voor (traditionele) acupunctuur onderstaand hypothetisch werkingsspectrum worden aangegeven. Tevens wordt ingegaan op de wijze waarop bovengenoemde verschillende effecten mogelijkkerwijs tot stand komen.

3. 1 Placebo-effect

Binnen de traditionele Chinese geneeskunst heeft het begrip placebo, in de zin van het (bij klinisch onderzoek)

Omschrijving: zie hoofdstuk 6 van deze bijlage.

toedienen van een behandeling waarvan geen werking wordt verwacht, geen plaats.

Placebo als impliciet element van iedere 'verum'-behandeling, kan volgens een arbitraire interpretatie vanuit de context van de traditionele Chinese geneeskunst, als directe, gerichte beïnvloeding van het genezen en/of het geneesproces (zie onder 'Traditionele acupunctuur -effect¹'), als volgt worden benoemd:

indirecte, ongerichte beïnvloeding van het genezen en daardoor van het geneesproces.

Binnen de traditionele Chinese geneeskunst is een indirecte, ongerichte beïnvloeding van het genezen en het geneesproces, in het bestek van de 'energetiek' niet te duiden.

In de westerse geneeskunde wordt het placebo-fenomeen als regel in termen van 'outcome' beschreven (i. e. placebo-effect). waarbij de feitelijke placebo (placebo-actie) impliciet wordt geduid als een onvoorspelbaar variabele beïnvloeding van (het te verwachten verloop van) het ziekteproces. De verschillende naar voren gebrachte natuurwetenschappelijke verklaringen - zoals een endorfinerge werkwijze - hebben in feite betrekking op de placebo-reactie, i.e. de op geleide van de placebo-actie door de patiënt gegenereerde fysiologische processen (fysiologische 'interface**), en niet op een eventuele werkwijze van de placebo-actie ('input') zelf.

Met betrekking tot de placebo (placebo-actie), respectievelijk de mate en richting daarvan, is sprake van een intrinsiek, interactief proces tussen behandelaar en patiënt, waartoe vele verschillende factoren kunnen bijdragen. Naast de aard van de behandelsetting en de ontvankelijkheid van de patiënt, zijn de verwachting van de behandelaar en van de pa-

Omschrijving: zie hoofdstuk 6 van deze bijlage.

Omschrijving: zie de begrippenlijst (hoofdstuk 19) bij het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.

tiënt (op geleide van diens vertrouwen jegens behandelaar, therapie en wijze van behandelen) te noemen, en de congruentie daarvan in het kader van het zich ontplooiende behandelproces. Ook de aard van de toegepaste placebo kan van betekenis zijn. Zo kan via gewaarwording door de patiënt van enigerlei - buiten de beoogde therapie vallende - werking van een placebo, een toename van het placebo-effect optreden: super-placebo-effect*. In geval van acupunctuurbehandeling is een super-placebo goed denkbaar, bijvoorbeeld op geleide van het bij de naaldsteek teweeggebrachte 'De Qi'-gevoel of de daaruit volgende 'Propagated Sensation along the Meridian', of via een waargenomen lokaal/distant of systemisch 'aspecifiek effect' (zie 3.2). Gelet op de placebo als impliciet element van iedere behandeling, zal een super-placebo-reactie voorts via het gewaarworden van werkingen bij het 'specifiek effect' (zie 3.3) en/of het 'traditionele acupunctuur -effect' (zie 3.4) een rol kunnen spelen.

Anderzijds kan bij placebo-acupunctuur, met name in geval van het gebruik van placebo-punten (i.e. niet-acupunctuurpunten), niet worden gesproken van een placebo in strikte zin. Zo zal aan de totale werkzaamheid van de placebo-acupunctuur, naast het eigenlijke (super-)placebo-effect, tevens het 'aspecifiek effect' (zie 3.2) van de huidpunctie/stimulatie op zichzelf bijdragen (Eng88) en, via een mogelijke werking van deze stimulatie op omliggende acupunctuur-entiteiten, eventueel ook nog een zekere mate van 'specifiek effect' (EngS1).

1. Gribnau spreekt van 'super-placebo' (GriSO). In de onderhavige tekst worden de in het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek gegeven omschrijving en uitsplitsing van het begrip 'placebo' gevolgd.
2. Super-placebo in relatie tot een toegediende placebo komt overeen met 'actief placebo' bij onderzoek met placebo-controle (zie paragraaf 10.3 van het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek). Super-placebo is daarnaast aan de orde bij de placebo binnen een verumbehandeling (in geval van een voor de patiënt merkbare werking), zowel in het kader van een onderzoek als bij therapie (zie paragraaf 10.1 (sub 2 en 3) van het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' in genoemd advies en de omschrijving van 'placebo' (sub 2 en 3) in hoofdstuk 6).

3.2 Aspecifiek effect

Binnen de traditionele Chinese geneeskunst is het aspecifiek effect niet te plaatsen, noch is binnen de 'energetiek' daartoe een werkwijze te duiden.

Vanuit de westerse geneeskunde kan het aspecifiek effect worden benoemd als resultaat van:

directe, ongerichte beïnvloeding van het ziekteproces.

Uitgaande van de resultaten van de diverse natuurwetenschappelijke onderzoeken kan deze beïnvloeding van het ziekteproces bij acupunctuur worden gezien als een activering van algemene homeostasemechanismen, die door de stimulans op zichzelf (naaldpunctie; naaldstimulatie (manueel, elektrisch); moxabustie; pressuur; massage; injectie; laser etc.) wordt teweeggebracht. Hiertoe kan, met name bij elektrische stimulatie, de verlaagde impedantie van de huid ter plaatse van de acupunctuurpunten faciliterend worden geacht (zie hoofdstuk 2). In grote lijnen zijn drie gebieden van homeostase te onderkennen waarop het aspecifiek effect van acupunctuur betrekking heeft: afweer (immuunsysteem), stress-respons en pijn. Wat betreft het aspecifiek effect bij pijn, i.e. de analgetische werking van acupunctuurpunt-stimulatie (acupunctuur-analgesie), kan een werkwijze via interactie met de endogene pijn-modulatiesystemen worden aangegeven (deels samenhangend met de nocigene kwaliteit van de acupunctuur/stimulatie, Eng88): (cerebro-medullair)

somatotopisch negatief feedback systeem (endorfinerg; serotonerg; noradrenerg);

asomatotopisch negatief feedback systeem van 'Diffuse Noxious Inhibitory Control' (endorfinerg); non-somatotopische pijnmodulatie van de hypothalamus/hypofysaire neurohumorale en neurogene systemen (endorfinerg);

(propriospinaal; met eventuele supraspinale controle)

'Gate Control' (niet-nocigene acupunctuur/stimulatie);
propriospinale systemen (dynorfine; GABA).

3 .3 Specifiek effect

Binnen de traditionele Chinese geneeskunst is een specifiek effect - in de zin van specifieke therapeutische kwaliteiten van de verschillende acupunctuurpunten - uitsluitend te duiden als een werking in de context van een specifieke werkwijze binnen de 'energetiek', zoals onder 'Traditionele acupunctuur -effect' aangegeven; i.e. gericht op de beïnvloeding van het geneesproces en/of het genezen.

In de symptomatische acupunctuur wordt ten aanzien van het specifiek effect van de acupunctuurpunten weliswaar veelal uitgegaan van wetmatigheden die zijn afgeleid uit de traditionele acupunctuur, maar wordt met betrekking tot het specifiek effect in de regel een werkwijze aangegeven in termen van een specifieke beïnvloeding van regulier-westerse (patho)fysiologie, waarbij voor de onderliggende mechanismen een natuurwetenschappelijke verklaring (zie hieronder) wordt aangehouden. Een zodanige, oneigenlijke transcriptie houdt een wezenlijke vertekening in van het traditionele acupunctuur -concept.

Vanuit de westerse geneeskunde kan het specifiek effect worden benoemd als resultaat van:

directe, gerichte beïnvloeding van het ziekteproces.

Natuurwetenschappelijk is een directe, gerichte beïnvloeding van het ziekteproces door acupunctuur te beschouwen als een, via punctie/stimulatie van bepaalde huidpunten te weeggebrachte, specifieke beïnvloeding van de homoeostasemechanismen in geval van een verstoring van de homoeostase door een exogeen pathogeen agens of een endogene fysiologieontsporing. De werkwijze berust vermoedelijk op reflexologische mechanismen binnen het autonome en/of somatosensibele

zenuwstelsel (viscero-viscerale, viscero-somatische, somato-viscerale, somato-somatische reflexen). In dit verband zouden, met betrekking tot de veronderstelde specifieke aard van de acupunctuurpunten, overeenkomsten met binnen de westerse geneeskunde beschreven punten van mogelijke betekenis kunnen zijn; onder andere punten van Head, Travell, Valleix, Sola, Kellgren etc..

3.4 Traditionele acupunctuur -effect

Vanuit het concept van de traditionele Chinese geneeskunst kan, volgens een voorlopige transcriptie naar een westers-medisch begrippenkader, het traditionele acupunctuur -effect worden benoemd als tot stand gekomen door:

directe gerichte beïnvloeding van het geneesproces (danwei indirect tot stand komend via een directe, gerichte beïnvloeding van het genezen).

Met betrekking tot een beïnvloeding van het geneesproces (direct, danwei via beïnvloeding van het genezen) van traditionele acupunctuur is binnen de traditionele Chinese geneeskunst een werkwijze in het bestek van de 'energetiek' beschreven .

Binnen de westerse geneeskunde zijn werking en werkwijze van de traditionele acupunctuur, zoals vanuit de traditionele Chinese geneeskunst geduid, vooralsnog niet te plaatsen .

Evenwel kunnen voor het algehele traditionele Chinese geneeskunst -concept, i.e. - volgens een voorlopige westers-medische transcriptie - beïnvloeding van gezondheid, respectievelijk genezen en/of geneesproces, mogelijk parallellen worden onderkend met placebo als impliciet element van therapie in het algemeen. In het licht van de besloten dialectische context waarbinnen diagnose en therapie zich in de traditionele Chinese geneeskunst afspelen, zou het specifiek beschreven

concept van beïnvloeding van gezondheid en genezen zelfs bij wijze van systeem voor gerichte conditionering* kunnen worden gezien.

Anderzijds is het begrip placebo de traditionele Chinese geneeskunst vreemd en bestaat de claim van de traditionele Chinese geneeskunst, en de traditionele acupunctuur als integraal onderdeel, in een feitelijke 'eigen' werking - in het bestek van de 'energetiek' - met betrekking tot gezondheid, genezen en geneesproces.

Zie paragraaf 10.3 van het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.

VERSCHILLENDE METHODEN VAN ACUPUNCTUUR

Binnen het boven aangegeven hypothetisch werkingsspectrum zullen, niet alleen afhankelijk van de behandelsetting of de gebruikte onderzoeksopzet, maar ook van de gebruikte methode van acupunctuur, respectievelijk de toegepaste stimulatie-techniek, variaties kunnen optreden. Bij onderscheiden acupunctuurmethoden zullen inhoud en onderverdeling van de componenten van het werkingsspectrum wezenlijk kunnen verschillen; ook wanneer eventueel van de desbetreffende behandelingen eenzelfde rendement wordt gezien. Het oordeel dat ten aanzien van de werkzaamheid van de onderscheiden acupunctuurmethoden kan worden gegeven, zal in dat verband belangrijk kunnen verschillen.

Het bovenstaande in ogenschouw genomen, kan binnen de diverse methoden en technieken van acupunctuurbehandeling een viertal globale categorieën van acupunctuur worden onderscheiden. Deze indeling is arbitrair en behelst niet alle bestaande vormen van acupunctuur. Bovendien kunnen tussen de behandelmethoden binnen één categorie grote verschillen bestaan, terwijl in de praktijk de categorieën elkaar veelal overlappen. Met deze premissen zijn de volgende acupunctuur-categorieën aan te geven.

4.1 Symptomatische acupunctuur: lokaal

Acupunctuur met gebruik van acupunctuurpunten (alsmede pijnlijke niet-acupunctuurpunten ('loei dolendi')) gelegen in de regio (eventueel ook contralateraal) waar het te behandelen ziekteproces is gelocaliseerd. De verschillende behandelmetho-

den in deze categorie zijn als regel niet op basis van traditionele acupunctuurdiagnostiek en niet of slechts uiterst beperkt conform (traditionele) acupunctuurwetmatigheden. Deze methoden zijn primair gericht op beïnvloeding van het ziekteproces.

Bij de behandelingen worden veelal diverse moderne stimulatiewijzen gebruikt (electrisch, laser etc.)- In sommige gevallen bestaan overeenkomsten met westerse stimulatievormen zoals TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) en 'acupuncture-like TENS'.

4.2 Symptomatische acupunctuur: lokaal en distant

Acupunctuur met gebruik van locale punten (zie 4.1) en distant-punten. Dit zijn acupunctuurpunten buiten de regio van het te behandelen ziekteproces, waarvan op grond van uit de traditionele acupunctuur afgeleide wetmatigheden een somatotopische relatie met het doelgebied, respectievelijk een therapeutische relatie met het ziekteproces, wordt verondersteld.

Daarbij zijn als eerste behandelmethoden te onderscheiden die, zonder (traditionele) acupunctuurdiagnostiek en niet volgens (traditionele) acupunctuurwetmatigheden, hoofdzakelijk uitgaan van vaste, met betrekking tot westerse ziektebeelden aangegeven keuzes van deze punten ('recept-' of 'formule-acupunctuur').

Naast deze, conceptueel in grote lijnen met de westerse ziektebehandeling overeenkomende, acupunctuurwijzen zijn er methoden waarbij genoemde punten niet via algemene 'recepten' per ziektebeeld, maar meer specifiek volgens acupunctuurwetmatigheden in het bestek van de gegeven ziektesituatie worden toegepast, c.q. veeleer vanuit een behandelconcept in de lijn van de traditionele Chinese geneeskunst. Hierbij kan een raakvlak met de sub 4.3 en 4.4 vermelde methoden worden onderkend.

Vooraf bij de eerstgenoemde, meer westers georiënteerde behandelingen worden vaak verscheidene moderne stimulatievormen (als sub 4.1) toegepast.

4.3 Acupunctuur volgens (traditionele) acupunctuur-syndromen

Acupunctuur met gebruik van de acupunctuurpunten, los van eventuele locale of somatotopische/therapeutische relaties (zoals bedoeld sub 4.1 en 4.2), primair op grond van puntkwaliteiten vanuit de (traditionele) 'energetiek'.

Daarbij zijn enerzijds behandelmethoden te onderscheiden met gebruik van de '66 antieke Chinese punten' (acupunctuurpunten in een rangschikking conform de 'energetiek' op de meridianen distaal van elleboog en knie) in specifieke combinaties volgens acupunctuurwetmatigheden vanuit de '5 fasenleer der meridiaansyndromen', met al of niet daarnaast bepaalde typen lichaampunten (bijvoorbeeld 'Yu-Mo'). Deze methode is, merendeels op geleide van symptomatiek geduid volgens de westerse geneeskunde, gericht op herstel van het '5 fasen-evenwicht' met betrekking tot het desbetreffende meridiaansyndroom, om in dat kader het geneesproces - gerelateerd aan de westers geduide symptomatiek - te bevorderen.

Anderzijds zijn er methoden waarbij de bovengenoemde punten integraal op basis van traditionele acupunctuurdiagnostiek en 'energetiek'-wetmatigheden in het kader van omschreven syndromen vanuit de '8 principes' van de traditionele Chinese geneeskunst worden gebruikt ('formule-TCM'). Ook deze, op de traditionele Chinese geneeskunst geënte, behandelmethode is gericht op het, via herstel van 'energetiek' bij het gegeven syndroom, bevorderen van het geneesproces, gerelateerd aan het westerse ziektebeeld dat in het kader van de 'energetiek'-verstoring wordt geduid.

Binnen de categorie 'acupunctuur volgens (traditionele) acupunctuur-syndromen' wordt hoofdzakelijk van klassieke stimulatiewijzen (naaldtechnieken; moxabustie etc.) gebruik gemaakt.

4.4 Traditionele acupunctuur

Acupunctuur als integraal onderdeel van de traditionele Chinese geneeskunst, met gebruik van de acupunctuurpunten

(als sub 4.3) geheel op basis van de regels en wetmatigheden van de 'energetiek' volgens het concept van de traditionele Chinese geneeskunst. De behandeling gaat primair uit van traditionele acupunctuurdiagnostiek en is hierin uitsluitend georiënteerd op klachten en bevindingen zoals benoemd binnen de traditionele Chinese geneeskunst, los van eventuele symptoomduidingen volgens de westerse geneeskunde. In dezen is de diagnostiek strikt gericht op het persoonlijke 'energetiek¹-evenwicht, waartoe naast de actuele 'energetiek'-stoornis evenzo het verloop van de desbetreffende verstoring van de 'energetiek¹ in de tijd en (onder meer) de constitutie van de persoon van betekenis zijn. Diagnose en therapie zijn hierbij geen vast gegeven, maar komen steeds tot stand binnen een context van over en weer beïnvloeding (dialectische context). Traditionele acupunctuur is hiermee volledig gericht op herstel van het persoonlijke 'energetiek'-evenwicht in de context van de gegeven algehele evenwicht -situatie, met als primair doel het herkrijgen van het vermogen tot zelfstandig beheer van gezondheid. Het bestaan van ziekte heeft hierbij in wezen - als epifenomeen van verstoorde gezondheid - in tweede instantie betekenis.

Bij de behandeling met traditionele acupunctuur worden uitsluitend klassieke stimulatiewijzen (als sub 4.3) gebruikt.

ONDERZOEK VAN TRADITIONELE ACUPUNCTUUR

Uitgaande van de in hoofdstuk 2 geformuleerde 'Overwegingen' en in aanmerking genomen het aangegeven 'Hypothetisch werkingsspectrum van (traditionele) acupunctuur', kan in het kader van de voornoemde notitie 'Uitgangspunten voor het onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen' in grote lijnen het volgende onderzoekstraject voor traditionele acupunctuur worden aangeduid.

In de 'Overwegingen' is toegelicht dat voor het verkrijgen van inzicht in de werkelijke betekenis van de traditionele acupunctuur niet zal kunnen worden volstaan met een onderzoek naar de effectiviteit van de behandelwijze. Daarvoor is het nodig om de wijze waarop de (eventuele) effectiviteit (werkzaamheid) van traditionele acupunctuur tot stand komt in beschouwing te nemen, c.q. zich in de ten aanzien van deze behandelwijze voorgestelde werking te verdiepen. Als eveneens toegelicht in hoofdstuk 2, is vooralsnog binnen de westerse (natuur)wetenschappelijke methode de voor traditionele acupunctuur voorgestelde werking, namelijk de directe, gerichte beïnvloeding van het geneesproces danwel van het genezen (zie 3.4), noch te bevestigen, noch te verwerpen. Indachtig de in hoofdstuk 1 vermelde vraagstelling van de Staatssecretaris van WVC, zal deswege aangaande traditionele acupunctuur met fase-1 onderzoek moeten worden aangevangen.

Een dergelijk onderzoek zal een nauwgezette observatie moeten inhouden van de gehele therapeutische situatie, vanaf het eerste contact tot en met het uiteindelijk behandelingsresultaat (zie hieronder!). Daarbij dient met name de behande-

laar-patiënt -relatie in beschouwing te worden genomen; in het bijzonder de zich tijdens de behandeling ontwikkelende interactie tussen de (professionele) verwachting van de behandelaar en de (persoonlijke) verwachting van de patiënt in betrekking tot ziektebeeld en geboden behandeling.

In hoofdstuk 2 is toegelicht dat traditionele acupunctuur is gebaseerd op het concept van de traditionele Chinese geneeskunst. Derhalve zal bij fase-1 onderzoek van traditionele acupunctuur zoveel als mogelijk rekening moeten worden gehouden met het denkkader van de traditionele Chinese geneeskunst. Met name het daarbinnen geduide gezondheid-begrip is relevant, omdat dit gezondheid-begrip in de traditionele Chinese geneeskunst uitgangspunt is voor de behandeling; zulks in tegenstelling tot de westerse behandelwijze die, zoals eveneens toegelicht in hoofdstuk 2, is gebaseerd op een ziekte-begrip.

Vanuit het gezondheid-begrip van de traditionele Chinese geneeskunst wordt ziekte niet gezien als een pathologische omstandigheid welke de 'voorheen gezonde' mens overkomt, maar als een in de fysiologie besloten liggende eventualiteit die zich kan voordoen binnen het persoonlijk beheer van gezondheid. Ziekte en dood worden niet aangemerkt als obligaate ongerijmde verschijnselen, doch als integrale - en daarmee betekenisvolle - facetten van de humane gezondheid. Als zodanig hoeft een positief behandelingsresultaat dan ook niet noodzakelijkerwijs het verdwijnen van de ziekte (als gerelateerd aan een pathologisch-anatomisch substraat of laesie)* of het verhinderen van het sterven in te houden. Bij bovengenoemd fase-1 onderzoek van traditionele acupunctuur is het essentieel zich rekenschap te geven van deze doelstelling.

Aan de hand van de aldus in het fase-1 onderzoek verkregen gegevens zullen hypothesen moeten worden opgesteld

'Ziekte' conform het Engelse begrip 'disease' (versus 'illness'); ofwel, 'ziekte' in de zin van een ziekte hebben (tegenover 'ziekte' bij wijze van ziek zijn).

aangaande het tot stand komen van een (eventuele) effectiviteit - dus aangaande de werking en werkwijze - van traditionele acupunctuur, die passen in het westerse denken (fase-2 onderzoek).

Bij hypothese-generering inzake de werking van traditionele acupunctuur zijn enkele, fundamentele, problemen te onderkennen. Enerzijds biedt de theorie vanuit de traditionele Chinese geneeskunst geen aansluiting op het westers-(natuur)-wetenschappelijk denkkader; anderzijds gaan de binnen de westerse geneeskunde gegenereerde hypothesen betreffende acupunctuur in essentie voorbij aan het traditionele acupunctuur concept. Laatstgenoemde hypothesen zijn meestentijds gebaseerd op onderzoek van symptomatische acupunctuur; als in hoofdstuk 2 toegelicht, een wezenlijk van traditionele acupunctuur verschillende methode. Daarbij zijn deze hypothesen veelal georiënteerd op een inschaling van acupunctuurtherapie binnen het natuurwetenschappelijk model conform acupunctuur-analgesie; een acupunctuurtoepassing die, zoals eveneens toegelicht in hoofdstuk 2, waarschijnlijk nauwelijks of geen relatie heeft met acupunctuurbehandeling.

De binnen het westerse denkkader opgestelde hypothesen met betrekking tot acupunctuur gaan in de regel uit van de algemene geldigheid van de natuurwetenschappelijke methode, ook ten aanzien van traditionele acupunctuur. Een zodanige premisse lijkt echter niet zonder meer gerechtvaardigd. De analytische en kwantitatieve normen inherent aan de natuurwetenschappelijke methode verschillen wezenlijk van de principes van analogie, kwaliteit en dialectiek die vigeren binnen de traditionele Chinese geneeskunst c.q. de traditionele acupunctuur. Daardoor past deze wetenschapsmethode niet op het onderzoeksgebied en is langs natuurwetenschappelijke weg het in de traditionele Chinese geneeskunst geldende begrippenkader ontoegankelijk.

Met betrekking tot het opstellen van hypothesen aangaande traditionele acupunctuur in een wetenschappelijk kader zal het daarom vooreerst nodig zijn om te komen tot operationaliseerbare begrippen van 'gezondheid', 'ziekte' en 'genezen',

welke - na transcriptie (zie hoofdstuk 3 en bijlage A.VIII bij de rapportage van de Werkgroep Acupunctuur) - zowel binnen het westerse denken als vanuit de traditionele Chinese geneeskunst c.q. de traditionele acupunctuur interpreteerbaar zijn. Een probleem daarbij is dat binnen de westerse geneeskunde omtrent bovengenoemde begrippen de gedachten nog niet zijn uitgekristaliseerd. Hoewel sedert de WHO-definitie van gezondheid* verscheidene, genuanceerde formuleringen voor gezondheid zijn aangegeven (TK86, WVC89, RIVM92), vertegenwoordigt gezondheid in de medische praktijk als regel geen conditie op zichzelf, maar een afgeleide van de status van afwezigheid van ziekte, respectievelijk het ontbreken van een pathologisch-anatomisch substraat of laesie. Verder wordt 'genezen' conform de medische terminologie primair in de context van - laesie-gerichte - behandeling aangemerkt en niet als (persoonlijke) actie van het individu c.q. de patiënt.

Bij wetenschappelijk onderzoek van traditionele acupunctuur is het van primaire betekenis om na te gaan of het herstel van ziekte tot stand komt via de traditionele acupunctuur -werking op het genezen/geneesproces (zie 3.4), of het gevolg is van een acupunctuurwerking op het ziekteproces (zie 3.2 en 3.3). Transcriptie van de begrippen 'gezondheid', 'ziekte' en 'genezen' is hiertoe elementair. Naast het belang hiervan voor de hypothese-generering op basis van het fase-1 onderzoek, kan op geleide van zodanig geoperationaliseerde begrippen, in het kader van fase-2 onderzoek een retrospectieve analyse van de beschikbare onderzoeksverslagen worden ondernomen. Door systematische analyse van deze verslagen - waarvoor uitgangspunt zou kunnen zijn het in hoofdstuk 3 weergegeven 'Hypothetisch werkingspectrum van (traditionele) acupunctuur' - zal mogelijkerwijs kunnen worden beoordeeld in hoeverre van een (eventuele) traditionele acupunctuur -werking sprake is bij de oorspronkelijk beschreven onderzoeksresultaten. Een dergelijke retrospectieve literatuuranalyse betekent

'Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely absence of disease or infirmity' (WHO, 1948).

op zichzelf reeds een optie voor hypothese-generering inzake traditionele acupunctuur en kan in die zin mede een onderbouwing vormen van de via fase-1 opgestelde hypothesen. De praktische uitvoerbaarheid van zodanig litteratuuronderzoek is in belangrijke mate afhankelijk van de volledigheid en nauwkeurigheid van het voorhanden zijnde materiaal. Zoals in hoofdstuk 2 toegelicht, schieten de beschikbare acupunctuuronderzoekingen daarin niet zelden tekort, reden waarom nadere oriëntering ter plaatse aangewezen zal kunnen zijn voor het verkrijgen van aanvullende gegevens en specifieke toelichting*. Het in een onderzoek van traditionele acupunctuur kunnen maken van onderscheid tussen de traditionele acupunctuur -werking op het genezen/geneesproces en een acupunctuur-werking op het ziekteproces, is eens te meer van belang wanneer men de plaats van placebo in betrekking tot traditionele acupunctuur wil bepalen. Als aangegeven in hoofdstuk 2 en 3, is zowel bij placebo (placebo-actie) als bij de voorgestelde traditionele acupunctuur -werking sprake van een beïnvloeding van het genezen/geneesproces. De voorgestelde traditionele acupunctuur -werking kan worden benoemd als een 'directe en gerichte' beïnvloeding van het genezen/geneesproces (zie 3.4) en de werking van placebo (placebo-actie) als een 'indirecte en ongerichte' beïnvloeding (zie 3.1). Ten aanzien van traditionele acupunctuur zijn daarnaast, behoudens de (eventuele) verum-werking als bovengenoemd, mogelijk parallelle te onderkennen met placebo (zie 3.4). Om in deze complexe verhouding tussen placebo en traditionele acupunctuur te kunnen onderscheiden, vormt het evalueren van traditionele acupunctuur in de context van de (eventuele) werking op het genezen/geneesproces derhalve een vereiste a priori. Teneinde vervolgens te kunnen differentiëren tussen de 'directe en gerichte' beïnvloeding van het genezen/geneesproces bij traditionele

Ook de onderzoekers van de Universiteit van Maastricht hebben in het kader van hun meta-analyse (zie bijlage A.V bij de rapportage van de Werkgroep Acupunctuur) ondervonden dat oriëntatie ter plaatse een schat aan voordien niet beschikbare informatie kan opleveren (Kni89,Kle91,Kle92a,b).

acupunctuur en de 'indirecte, ongerichte' beïnvloeding van placebo (placebo-actie) zal naar alle waarschijnlijkheid zowel een transcriptie van het begrip 'energetiek' als een fundamentele analyse van placebo nodig zijn. Opgemerkt zij dat het hierboven beschrevene met name betrekking heeft op de in paragraaf 3.4 aangeduide traditionele acupunctuur -werking en dat daarnaast de in 3.1 vermelde relaties van placebo ten aanzien van acupunctuurtherapie in aanmerking dienen te worden genomen.

De in fase-2 opgestelde hypothesen voor traditionele acupunctuur zullen vervolgens moeten worden getoetst (fase-3 onderzoek). De verificatie danwel falsificatie van de voorgestelde werking van traditionele acupunctuur (i.e. directe en gerichte beïnvloeding van het geneesproces danwel van het genezen) staat daarbij centraal. Gegeven de complexe problematiek inzake het fase-1 en fase-2 onderzoek en de verstreckende voorbereidende stappen in dat kader, is een van te voren inschatten omtrent de fase-2 uitkomsten - als uitgangspunt voor de fase-3 opzet - nauwelijks of niet mogelijk.

Nadere omlijning van het op te zetten fase-3 onderzoek op deze plaats is dan ook niet realistisch; de methodologie, respectievelijk een feitelijk onderzoeksprotocol, voor fase-3 zal pas in de context van het fase-2 onderzoek gestalte kunnen krijgen.

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN*

Energetiek: het dynamisch systeem dat in de traditionele Chinese geneeskunst de beweging (via de meridianen), de richting (afhankelijk van het type 'Qi') en de transformatie (kwalitatief en kwantitatief) van 'Qi' weergeeft, waarbij een totaal-evenwicht van deze drie grootheden als ideale situatie geldt.

Gezondheid: een conditie van welbevinden waarbij, in een dynamisch evenwicht binnen de marges van (virtuele) ideale gesteldheid en manifeste ziekte, vanuit de persoon een continue interactie van feedback en feedforward met zowel de lichaams-homoeostase als met de omgeving (fysiek, mentaal, socio-cultureel) wordt onderhouden.

Homoeostase: de geneigdheid binnen het organisme om een stabiel evenwicht te bewaren in betrekking tot de veranderingen van binnen- en buitenwereld conform voorheen in relatie tot binnen- en buitenwereld bestendige evenwichtscondities.

Placebo (actie, reactie en effect/respons):

1. het toepassen van een (medicinale) behandeling zonder werking, bij wijze van therapie
2. het toedienen van een (medicinale) behandeling zonder werking bij (effectiviteits)onderzoek van een (medicinale) verumbehandeling, als 'controle' voor het evalueren van de

Voor hier niet vermelde begrippen: zie de begrippenlijst (hoofdstuk 19) bij het advies Alternatieve Behandelingen en Wetenschappelijk Onderzoek.

(eventuele) werking van deze verumbehandeling

3. het impliciete element van iedere (verum)therapie dat, naast de verum-werking van de (medicinale) behandeling, het totaal van de werkzaamheid bepaalt. NB: Dit element is ook in relatie tot de sub 2 vermelde verumbehandeling aan de orde.

Placebo-actie: het complex van factoren vanuit de behandelingsituatie dat van invloed is op het genezen door de patiënt ('input').

Placebo-effect (placebo-respons): dat gedeelte van het totale behandelresultaat dat - geïnduceerd door de placebo-actie en gerealiseerd door de placebo-reactie - door de patiënt zelf tot stand is gebracht ('outcome').

Placebo-reactie: de fysiologische processen die op geleide van de placebo-actie in de patiënt op gang komen (fysiologische ¹ interface').

Qi: vanuit een metafysische invalshoek: alomvattend principe ('Dao'); vanuit een biologische invalshoek: levenskracht ('élan vital'); vanuit een pragmatisch/functionele invalshoek: harmoniërend principe dat beweging voortbrengt.

Transcriptie: het 'vertalen' van logisch onvergelykbare, ogenschijnlijk incommensurabele (d.w.z. een gemeenschappelijke maatstaf ontberende) theorieën naar empirische equivalentie, teneinde tot een en dezelfde werkbare context te komen waarin alsnog praktische vergelijking mogelijk is.

Verum: (het facet van) een (medicinale) behandeling dat, buiten de invloed van de patiënt op het functioneren van diens organisme om, een werking uitoefent.

Werking van een behandeling: het als gevolg van die behandeling optreden van (meetbare) fysiologische veranderingen.

Werkwijze van een behandeling: de (hypothetische) natuurwetenschappelijk beschrijfbaar mechanismen volgens welke de werking van die behandeling tot stand komt.

Werkzaamheid (of: effectiviteit) van een behandeling: het totale resultaat dat met de behandeling van een patiënt wordt bereikt zoals dit wordt ervaren door patiënt en behandelaar in hun eigen belevingswereld ('total outcome¹).

Ziekteproces: het (patho)fysiologisch proces dat zich ontwikkelt vanuit enerzijds de verstoring van homeostase onder invloed van een pathogeen agens of door een endogene fysiologie-ontsporing en anderzijds de reactie daarop vanuit de homeostase in het bestek van het persoonlijk beheer van de gezondheid.

LITTERATUUR

- Eng81 Engelhart JH, Kloppenburg GV. The treatment of pain by acupuncture: the riddle of acupuncture and the place of the acupuncturist in the pain-team. Acta Anaesth Belg 1981; 32: 33-43.
- Eng88 Engelhart JH. Acupunctuur bij pijnbestrijding. Alternatieve methoden. In: Mattie H, Menges LJ, Spierdijk J, red. Pijn-informatorium. Alphen a/d Rijn: Stafleu-Samsom, 1988: AM 0400-1-28.
- Eng89 Engelhart JH, Kwee SH. Acupunctuur: de twijfel aan het oordeel. Huisarts Wet 1989; 32: 482-4.
- GriSO Gribnau FWJ. Alternatieve geneeswijzen: enkele overwegingen en meningen van een klinisch farmacoloog. Pharm Weekblad 1980; 115: 1167-74.
- Kle91 Kleijnen J. Clinical trials of homoeopathy. Br Med J 1991; 302: 316-23.
- Kle92a Kleijnen J, Knipschild P. Review Articles and Publication Bias. Arzneimittelforschung 1992; 42(1): 587-91.
- Kle92b Kleijnen J, Knipschild P. The comprehensiveness of Medline and Embase computer searches. Searches for controlled trials of homoeopathy, ascorbic acid for common cold and ginkgo biloba for cerebral insufficiency and intermittent claudication. Pharm Weekbl (Sci) 1992; 14 (5): 316-20.
- Kni89 Knipschild P, Kleijnen J, ter Riet G. De effectiviteit van verschillende alternatieve geneeswijzen. Verslag van een literatuuronderzoek in opdracht van het Ministerie van WVC over de periode september 1987 tot september 1989. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1989.
- Kov91 Kovacs FM, Gotzens V, Garcia A, et al. Experimental Study on Radioactive Pathways of Hypodermically Injected Technetium-99m. J Nucl Med 1991; 33: 403-7.

- Moe83 Moerman DE. General Medical Effectiveness and Human Biology: Placebo Effects in the Treatment of Ulcer Disease. *Meel Anthropol Quarterly* 1983; 14(4): 3, 13-6.
- NoaSO Noach EL. Het placebo-effect en endorfinen. In: Querido A, Roos J, red. *Controversen in de geneeskunde (Deel I)*. Utrecht: Bunge, 1980: 33-42.
- Pom76 Pomeranz B, Chiu D. Naloxone blocks acupuncture analgesia and causes hyperalgesia: endorphin is implicated. *Life Sci* 1976; 19: 1757-62,
- RIVM92 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. *Ontwerp voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1993. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Bilthoven: RIVM, 1992.
- TK86 Tweede Kamer. *Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Vergaderjaar 1985-1986*. Den Haag 1986; 19500: nr 1-2.
- Ver91 de Vernejoul P, Albarède P, Darras JC. Nuclear Medicine and Acupuncture Message Transmission. *J Nucl Med* 1991; 33: 409-12.
- WVC89 WVC. *Ontwerp-document Gezondheidsbeleid*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk 1989.

ANNEX

GV Kloppenburg, anesthesioloog
Rijswijk, 1993

IDEEËN M.B.T. TOEKOMSTIG ONDERZOEK

In bijlage A.I bij de rapportage van de Werkgroep Acupunctuur is sub 1 toegelicht dat de TCM er vanuit gaat dat de mens in principe beschikt over het vermogen tot zelfstandig behoud van de eigen gezondheid. Wanneer dit vermogen verstoord mocht geraken, kan dit, binnen de TCM, worden hersteld. Hiertoe worden gerichte leefadviezen gegeven en worden verschillende behandelmethoden (als regel gecombineerd) toegepast, waaronder acupunctuur, kruidenbehandeling en (fysieke en mentale) oefeningen.

Binnen de westerse - voornamelijk natuurwetenschappelijk georiënteerde - geneeskunde wordt uitgegaan van een omschreven ziektebegrip. De hulpverlening is als regel gericht op aan de klacht onderliggend veronderstelde organische of fysiologische afwijkingen, eventueel met hun psychische achtergrond: men poogt langs hetzij farmacologische, hetzij mechanische weg aan te grijpen op somatische structuren om een gestoorde functie te (doen) herstellen danwel aanpassing van een gestoorde functie te bewerkstelligen. In toenemende mate wordt men zich evenwel bewust van de belangrijke rol die placebo speelt bij elke geneeskundige behandeling (zie paragraaf 10.3 van het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek).

Hiervoor werd, in de paragraaf over het traditionele acupunctuur -effect (3.4), een parallel gesignaleerd tussen het algehele concept van de traditionele Chinese geneeskunst en placebo als impliciet element van therapie in het algemeen. Deze opmerking sluit aan op hetgeen in paragraaf 10.1 van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onder-

zoek is omschreven als 'placebo-actie' en op hetgeen daaromtrent in paragraaf 10.5 werd opgemerkt. Op die plaats werd gesteld dat geen enkel zicht bestaat op de weg waarlangs de placebo-actie de placebo-reactie in gang zet, maar dat wel verschillende factoren kunnen worden aangegeven die hierbij een rol spelen. Genoemd werden de behandelaar zelf, de behandelsetting en het (ritueel van het) behandelen; het gebruikte vehiculum (tablet, injectie); de verwachting van de behandelaar en de verwachting, de hoop en de ontvankelijkheid van de patiënt, die worden geïnduceerd door diens vertrouwen in het behandelcomplex. Als belangrijkste component werd aangegeven de interactie - men kan ook zeggen: resonantie - tussen behandelaar en patiënt die onder invloed van deze factoren in de loop van het behandelproces ontstaat. In 10.2 werd dan ook opgemerkt dat in toenemende mate bezwaar wordt gemaakt tegen de uitspraak dat placebo-effecten teweeg zouden worden gebracht door 'niet-specifieke mechanismen': het is best mogelijk dat deze mechanismen wel degelijk 'specifiek' zijn, maar vooralsnog onbekend (Grü85). Daarom is het beter te stellen dat bij het tot stand komen van placebo-effecten 'bijkomstige (of: 'niet geïdentificeerde') factoren' een rol spelen (Bor85). Uitwerken van de parallel tussen 'placebo-actie' en de in de TCM beschreven 'beïnvloeding van de energetiek'* kan leiden tot de hypothese dat een - (nog) niet nader aan te duiden - 'informatie-systeem' bestaat. Zowel bij de placebo-actie als bij de 'beïnvloeding van de energetiek' is sprake van functionele, niet-materiële informatie-overdracht. Wellicht wordt de placebo-reactie in gang gezet via een systeem dat te vergelijken is met, danwei deel uitmaakt van, het informatiesysteem dat in de traditionele Chinese geneeskunst met het stelsel van meridianen en acupunctuurpunten wordt aangeduid. Placebo-effecten zouden mogelijkerwijs kunnen worden geduid als het fysiologisch of psychisch resultaat van immateriële informatieoverdracht en de verwerking daarvan. Het bedoelde informatiesysteem kan men zich deels binnen het fysieke li-

Voor een overzicht: zie de literatuurlijst.

chaam van de patiënt gelocaliseerd denken - waarbij zich een analogie opdringt met het concept van het basisbioregulatie-systeem (BBRS) - maar ook daarbuiten.

De hypothese van het bestaan van een informatie-systeem zou tevens licht kunnen werpen op de vraag waarom in bepaalde gevallen een bepaalde behandeling geen effect heeft: wanneer (bijvoorbeeld) een reguliere benadering stuit op een blokkade zodat wel de somatische structuur wordt bereikt maar zich aldaar niet de beoogde 'reactie' voltrekt die het herstel moet bewerkstelligen omdat de daartoe benodigde 'sturing' vanuit een ander, 'hoger' niveau dient te geschieden en dit niveau slechts via het 'informatiesysteem' kan worden bereikt. Een dergelijke voorstelling van zaken zou eveneens kunnen verduidelijken dat regulier en alternatief eerder als complementair dan als substituerend moeten worden gezien.

Toetsing van deze hypothesen lijkt een relevante benadering voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek: hoe moet men zich een dergelijk informatiesysteem voorstellen? En hoe zou dit aan te tonen zijn?. Voor welk soort prikkels is een dergelijk systeem gevoelig (electromagnetisch, geopathisch, kosmisch, klimatologisch (vocht, droogte), psychisch)? Hoe vindt de prikkelgeleiding plaats en van waar naar waar (perifeer naar centraal, centraal naar perifeer of 'rechtstreeks'?).

Welke zouden de connecties uit dergelijk onderzoek kunnen zijn met de resultaten uit onderzoek naar de geneesmiddelentest (Kas91, Wij91) en met onderzoek naar het VAS*?

Uitwerking van onderzoek op dit gebied zal inbreng vereisen van velerlei disciplines waartoe zeker cybernetica, semiotiek, neurofysiologie en psychologie zullen moeten behoren. Naar verwachting zal met behulp van dergelijk onderzoek niet alleen nader inzicht kunnen worden verkregen in de acu-

Zie paragraaf 11.5 'Onderzoek diagnostische methoden' uit het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.

punctuur en in andere 'energetische' behandelwijzen, maar ook in het 'westerse' placebo-fenomeen. Het lijkt voor de hand liggend bij dergelijk onderzoek uit te gaan van het placebo-begrip zoals omschreven in het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.

LITTERATUUR

- Ano75 Anoniem. Outline of Chinese Acupuncture. Academy of Traditional Chinese Medicine. Peking: Foreign Languages Press, 1975.
- AnoSO Anoniem. Essentials of Chinese Acupuncture. Compiled by Beijing College of Traditional Chinese Medicine; Shanghai College of TCM, Nanjing CoTCM, The Acupuncture Institute of the Academy of Traditional Chinese Medicine. Beijing: Foreign Languages Press, 1980.
- Bor85 Borkovec TD. Placebo: Defining the Unknown. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo. Theory, Research and Mechanisms. New York: The Guilford Press, 1985: 59-64.
- Bur88 vd Burg A. Handboek voor acupunctuur: de weldadige kunst in haar klassieke en moderne toepassing. (2 delen.) Deventer: Ankh-Hermes, 1988.
- Grü85 Grünbaum A. Explication and Implications of the Placebo Concept. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, red. Placebo. Theory, Research and Mechanisms. New York: The Guilford Press, 1985: 9-36.
- Kas91 Kasteleyn EW. Nieuwe inzichten in de subjectiviteit van de elektro-acupunctuurmetingen volgens Voll (EAV). IDAG Attenderingsbull 1991; 3: 19-21.
- Lu80 Lu Gwei-Djen, Needham J. Celestial Lancets. London: Cambridge University Press, 1980.
- Mac89 Maciocia G. Foundations of Chinese medicine, 1989.
- Mol87 vd Molen C. Acupunctuur: leer- en handboek van de praktische acupunctuur, Lochem: De Tijdstroom, 1987.
- Ros85 Ross J. Zang Fu, The organ systems of traditional Chinese medicine. Functions, Interrelationships and patterns of disharmony in theory and practice. Edinburgh/London/Melbourne/New York: Churchill Livingstone, 1985.

- Ngu84 Nguyen Van Nghi, Recours-Nguyen Chr. Médecine Traditionnelle Chinoise, 1984.
- Ngu87 Nguyen Van Nghi, Recours-Nguyen Chr. Maladies évolutives des 3 yin en 3 yang. Art et pratique de l'acupuncture et de la moxabustion, 1987.
- Mat88 Matsuraoto K, Birch S. Hara Diagnosis: Reflections on the Sea, 1988.
- Bos80 Bossy J, Lafont JL, Maurel JC1. Sémiologie en acupuncture, 1980.
- Fau77 Faubert AM. Complément au Traite didactique d'acupuncture traditionnelle, 1977.

BIJLAGE XII

RAPPORTAGE WERKGROEP ANTHROPOSOFIE



Bii de titelpagina:

Een aardig beeld voor de vierledige mens is de koets (het fysieke lichaam) met paard (het levens- of etherlichaam), koetsier (het bewustzijns- of astraallichaam) en de heer in de koets (de ik-organisatie).
(Tekening : Kees de Vries, Audiovisueel Centrum Erasmus Universiteit Rotterdam)

INHOUDSOPGAVE

	CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN DE ANTHROPOSOFISCHE BEHANDELWIJZE	561
	<u>WOORD VOORAF</u>	563
1	VERANTWOORDING	565
	1.1 De Werkgroep Anthroposofie	565
	1.2 Vraagstelling	565
	1.3 Activiteiten	566
2	<u>INLEIDING</u>	567
3	<u>ANTHROPOSOFISCHE BEHANDELWIJZE</u>	569
4	<u>WEZENSDELEN EN POLARITEIT</u>	572
5	<u>TYPEBEGRIIP</u>	575
6	<u>ANTHROPOSOFISCHE MEDICATIE</u>	577
7	ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN DE ANTHROPOSOFISCHE GENEESKUNDE	579
	7.1 Vraagstelling	579
	7.2 Doel en aanpak	580
	7.3 Om welke patiënt gaat het?	581
	7.4 Placebo-effecten en vertrouwenseffecten	582
	7.5 Ziektebeelden	582
	ONDERZOEKSMETHODOLOGIE	584
	8.1 Inleiding	584
	8.2 Twee wetenschapsgebieden: evaluatie	verklaring en 584

	8.2.1 Verklaren	584
	8.2.2 Evalueren	585
8.3	Problemen	586
	8.3.1 Uitgangssituatie	586
	8.3.2 Ethische problemen	587
8.4	Het derde wetenschapsgebied: onderzoeks programmering	588
9	<u>HUIDIGE SITUATIE MET BETREKKING TOT HET ONDERZOEK NAAR DE ANTHROPOSOFISCHE GENEESKUNDE</u>	589
10	<u>ONDERZOEKSVORSTELLEN</u>	591
11	<u>SLOTOPMERKINGEN</u>	593
12	<u>LITTERATUUR</u>	595
	<u>BIJLAGEN</u>	
An.I	ISCADOR	597
An.II	VERGELIJKEND HYPERTENSIE-ONDERZOEK	599
An.III	ONDERZOEKSPROJECT: ARNICA MONTANA, EEN BIOLOGISCH, CHEMISCH EN MEDISCH ONDERZOEK NAAR DE IN HET WILD VOORKOMENDE EN DE GETEELDE PLANT 603	603
An.IV	VOORKOMEN VAN RACHITIS IN ANTHROPOSOFISCHE HUISARTSPRAKTIJKEN	609
An.V	OPZET VOOR EEN ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN DE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET EEN ZWAKKE NIERSTRALING	615
An.VI	GRONDSLAGENONDERZOEK ROND DE BLOEDKRISTALLISATIE	617
An.VII	COMPLICATIES VAN MAZELEN IN ANTHROPOSOFISCHE HUISARTSPRAKTIJKEN	621
An.VIII	ASTHABEHANDELING BIJ KINDEREN IN ANTHROPOSO FISCHE HUISARTSPRAKTIJKEN	625
An.IX	SAMENVATTING VAN HET BELEIDSPAN VAN DE STICH TING ANTHROPOSOFISCH MEDISCH ONDERZOEK (SAMO), MEI 1990	629

CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK
NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN DE ANTHROPOSOFISCHE BEHAN-
DELWIJZE

Het is in principe mogelijk de effectiviteit van de anthroposofische behandelwijze te onderzoeken met behulp van vergelijkend onderzoek: een groep door anthroposofische artsen behandelde patiënten kan worden vergeleken met een regulier behandelde en/of een niet-behandelde groep patiënten met dezelfde klachten of afwijkingen. Daar de interactie tussen arts en patiënt en de motivatie van de patiënt essentieel worden geacht voor het beoogde therapeutische effect, komt dubbelblind onderzoek met placebo-controle niet in aanmerking.

Wel mogelijk is dubbelblind en gerandomiseerd onderzoek naar het effect van verschillende anthroposofische medicamenten die bij dezelfde aandoening zijn geïndiceerd; hierbij moet worden bedacht dat, teneinde het onderzoek conform de anthroposofische denkstijl te doen verlopen, de praktische uitvoering de nodige aanpassingen zal vergen van de gangbare opzet van geneesmiddelenonderzoek.

Het is noodzakelijk de methode als geheel te onderzoeken. Dit betekent dat de anthroposofische arts ook tijdens het onderzoek de vrijheid moet hebben zijn behandelwijze aan te passen aan de toestand van de patiënt, zoals hij dit gewoonlijk pleegt te doen.

Alvorens enigerlei onderzoek naar de effectiviteit kan worden verricht, zullen duidelijke begripsomschrij-

vingen moeten worden vastgesteld omtrent het te onderzoeken ziektebeeld (diagnose en symptomatologie/typologie) en de te bereiken verandering daarin.

Wil de door de anthroposofen nagestreefde verruiming ('Erweiterung' in anthroposofische zin) van de geneeskunde ook bij niet-anthroposofen weerklank vinden, dan is het nodig met behulp van onderzoek aan te tonen dat de anthroposofische behandelwijze inderdaad een extra dimensie toevoegt aan het regulier medisch handelen (zie hoofdstuk 2) . Hoewel de opzet en uitvoering van dergelijk onderzoek uitermate gecompliceerd zullen zijn, is het gewenst een onderzoeksprogramma op te zetten dat bestaat uit qua concept en in de tijd op elkaar aansluitende deelprojecten, die gericht moeten zijn op verificatie dan wel falsificatie van de volgende hypothesen:

- de anthroposofische behandelwijze zal de beste resultaten behalen bij anthroposofen dan wel bij patiënten die gemotiveerd kiezen voor deze behandelwijze
- de typische anthroposofische diagnostiek (type-herkenning, zie hoofdstuk 4) maakt een optimale, op het individu toegesneden behandeling mogelijk
- in de natuur kan een aanduiding worden gevonden voor het bij een bepaalde ziekte geïndiceerd geneesmiddel.

WOORD VOORAF

Hoewel in het open, wederzijds volstrekt tolerante en in plezierige sfeer verlopen overleg dat binnen de werkgroep is gevoerd, bepaalde door de anthroposofische leden aangedragen en uitvoerig toegelichte denkbeelden voor de niet-anthroposofische leden oninvoelbaar zijn gebleven, hebben de besprekingen wel tot enig resultaat geleid. Enerzijds is de werkgroep tot de conclusie gekomen dat het mogelijk moet zijn een aantal behandelmethoden die voor regulier denkende medici onwennig of onbegrijpelijk zijn, door bestudering en onderzoek inzichtelijk te maken. Anderzijds hebben de uitvoerige besprekingen volgens de anthroposofische werkgroepleden bijgedragen meer helderheid te scheppen in de wijze waarop de anthroposofische artsen zelf hun problemen kunnen aanpakken.

Duidelijk is geworden dat, alvorens de anthroposofen een begin kunnen maken met de door hen beoogde 'Erweiterung' van de geneeskunde, in de eerste plaats bepaalde menselijke verschijnningstypen zullen moeten worden omschreven in bewoordingen die niet in strijd zijn met de anthroposofische opvattingen, maar die ook voor niet-anthroposofen zo duidelijk zijn dat zij zich lenen voor algemeen geaccepteerd onderzoek. Geconcludeerd is tevens dat daarnaast een categorie typisch anthroposofisch onderzoek bestaat op gebieden die (voorlopig?) niet voor niet-anthroposofen inzichtelijk te maken zijn.

Onderkend is het probleem dat anthroposofen bewust kiezen voor karakteriseren in plaats van definiëren; dit bemoeilijkt de overdracht van de desbetreffende begrippen waaruit problemen ontstaan bij het realiseren van een verdere ontwikkeling van de anthroposofische geneeskunde. De werkgroep

acht het daarom noodzakelijk dat de anthroposofen a) hun ideeën over de wijze waarop de specifiek anthroposofische zienswijze kan worden geschoold nader uitwerken en b) komen tot een filosofie over de groei van kennis op hun gebied.

Het heeft geruime tijd geduurd voordat duidelijk werd dat een belangrijk probleem bij de onderlinge communicatie de verschillende ideeën waren die de reguliere en de anthroposo-fische werkgroepleden hebben over begrippen als oorzaak en gevolg, doel, doelstelling. De werkgroep adviseert de anthro- posofische artsen daarom ook deze begrippen grondig uit te werken en vast te leggen wat men onder elk begrip verstaat.

Om te komen tot een aanzet voor de beantwoording van de haar voorgelegde vraag, heeft de werkgroep zich verdiept in de reguliere onderzoeksmethodologie; de conclusie moet luiden dat experimenteel onderzoek voor anthroposofische artsen niet aanvaardbaar is en quasi-experimentele benaderingen slechts in beperkte mate. De in de bijlage opgenomen onderzoeksvoorstellen betreffen dan ook (vrijwel) uitsluitend onderzoekingen die binnen de wereld der anthroposofische artsen moeten leiden tot verheldering van het eigen denken en dieper inzicht in het eigen handelen. Pas als met de resultaten uit dergelijk onderzoek een zekere structurele, welomschreven basis is gelegd, zal daarop met nader, voor de reguliere medische wereld eenvoudiger te accepteren onderzoek kunnen worden voortgebouwd. Mede met het oog hierop is een goed doordacht lange-termijn onderzoeksprogramma noodzakelijk.

De werkgroep adviseert de ontwikkelingen die op dit gebied inmiddels door de Stichting Anthroposofisch Medisch Onderzoek (SAMO) in gang zijn gezet, te stimuleren en te steunen.

VERANTWOORDING

1.1 DE WERKGROEP ANTHROPOSOFIE

Door de Voorzitter van de Gezondheidsraad is bij besluit dd 11 november 1985 ingesteld de Werkgroep Anthroposofie.

Namens de commissie namen in deze werkgroep zitting de heren dr HS Verbrugh (Voorzitter), dr HA Van Geuns* en prof dr EL Noach.

Op verzoek van de Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG) zijn door de Nederlandse Vereniging van Anthroposofische Artsen (NVAA) als deskundigen afgevaardigd drs EP Schoorel, kinderarts en drs BC Witsenburg, huisarts. De biochemicus drs PJ Goedings, verbonden aan het Louis Bolk-Instituut**, maakte tot 1 september 1986 deel uit van de werkgroep; hij is per 1 oktober 1986 opgevolgd door mw drs MAS Huber, arts. Mw Huber is eveneens verbonden aan het Bolk-Instituut.

Bij besluit van 18 februari 1986 is bovendien dr LKJ van Romunde, arts-epidemioloog, benoemd tot lid van de werkgroep.

Als secretaris van de werkgroep fungeerde mw MA Goppel, secretaris van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen.

1.2 VRAAGSTELLING

Aan de Werkgroep Anthroposofie is gevraagd aan te geven met welke onderzoeksmethodieken de effectiviteit van 'de anthroposofische behandelwijze' zou kunnen worden onderzocht.

De heer van Geuns is op 14 november 1988 overleden.
Instituut voor Natuurwetenschap en Anthroposofie,
Driebergen.

1.3 ACTIVITEITEN

De werkgroep heeft in de periode oktober 1985 - mei 1990 veertien maal vergaderd. In de 7 vergadering (20 oktober 1986) heeft de werkgroep met de internist DA Houwert (Zeylmans van Emmichoven Kliniek* Bilthoven), met de immunoloog dr JAM Kerckhaart (ziekenhuis de Lichtenberg, Amersfoort) en met een departementale delegatie een onderzoek naar het effect van het geneesmiddel Iscador bij patiënten met maligne tumoren besproken. Voor dit onderzoek is door het Ministerie van WVC subsidie verleend; het onderzoek werd in de zomer van 1990 afgerond (zie bijlage An.I).

INLEIDING

Hoewel het aanvankelijk de bedoeling van de commissie - en daarmee opdracht aan de verschillende werkgroepen - was zo min mogelijk in te gaan op de theoretische achtergronden van de verschillende alternatieve richtingen en de aandacht uitsluitend te richten op het formuleren van uitvoerbare protocollen voor onderzoek met behulp waarvan de eventuele effectiviteit van de respectievelijke alternatieve behandelwijzen zou kunnen worden aangetoond, bleek in de gesprekken met de alternatieve werkgroepleden aldaar dat de wijze van behandelen niet volledig los kan worden gezien van de achtergronden van waaruit de desbetreffende behandelwijze wordt beoefend; de beoordeling van de effectiviteit derhalve evenmin. In de eerste plaats werd duidelijk dat bezinning op een aantal elementaire begrippen - waaronder 'effectiviteit' - nodig zou zijn.

Effectiviteit hangt volgens de anthroposofische leden van de werkgroep samen met wat men verstaat onder 'ziekte', 'gezondheid' en 'genezen'. Bij de omschrijving van het begrip effectiviteit wordt, in navolging van de Duitse arts Kienle, onderscheid gemaakt tussen de 'werking' en de 'werkzaamheid' van een behandeling*: onder 'werking' worden meetbare fysiologische veranderingen verstaan die ten gevolge van de behandeling optreden, 'werkzaamheid' omvat naast de invloed in kwantitatieve zin (bijvoorbeeld op de duur en de ernst van een ziekte) vooral ook kwalitatieve aspecten (zoals de beleving van de ziekte door de patiënt en zijn vermogen tot zingeving

Zie ook de 'begripsomschrijvingen' als weergegeven in hoofdstuk 19 van het advies van de commissie, alsmede bijlage XI^A.

aan die ziekte).

'Für den therapeutischen Einsatz von Arzneimitteln ist zwischen der 'Wirkung', den messbaren physiologischen Veränderungen, und der 'Wirksamkeit', der Heilung oder Linderung von Erkrankungen, zu unterscheiden. Beide korrelieren nicht unbedingt miteinander, so dass aus der 'Wirkung' nicht auf die 'Wirksamkeit' geschlossen werden kann. Es kann eine fehlende positive oder eine negative 'Wirkung' mit fehlender positiver oder negativer 'Wirksamkeit' verknüpft sein. 'Wirkung und 'Wirksamkeit' erfordern unterschiedliche Nachweisverfahren' (Kie74).

Opgemerkt moet worden dat ook in de reguliere geneeskunde onderscheid wordt gemaakt tussen 'werking' en 'werkzaamheid' .

Probleem is dat methoden om 'werkzaamheid' te beoordelen tot voor kort vrijwel geheel ontbraken. Pas recent heeft onderzoek op dit gebied geleid tot de ontwikkeling van methoden ter objectieve bepaling van het algemeen welbevinden en de belevingssfeer (Mel90, Boc90, Cre90). Effecten op langere termijn hebben iets met werkzaamheid te maken; het effect op korte termijn weerspiegelt eerder de werking. De mogelijkheid bestaat dat in bepaalde omstandigheden van 'werkzaamheid' kan worden gesproken zonder dat van 'werking' sprake is, maar ook het omgekeerde is mogelijk: 'werking' zonder 'werkzaamheid' (bijvoorbeeld bij slaapmiddelen en tranquillizers; zie verder Kienle).

Worden in de anthroposofische praktijk 'werkingen' op zich wel op prijs gesteld, in feite gaat het om de 'werkzaamheid'. Daarom is het onderscheid tussen werking en werkzaamheid de belangrijkste invalshoek bij de bepaling van hetgeen in een onderzoek naar het effect van de anthroposofische behandelwijze zou moeten worden gemeten. Dit betekent dat de kern van het probleem de vraag betreft hoe de 'werkzaamheid' kan worden getoetst in het kader van het gevraagde effectiviteitsonderzoek. Dit zal pas mogelijk zijn als nauwkeurig is gedefinieerd wat onder 'gezond' en 'ongezond' moet worden verstaan en wanneer beter inzicht is verkregen in de aard van de therapeutische relatie tussen arts en patiënt (zie ook hoofdstuk 7). Dergelijke vragen kunnen evenwel alleen worden beantwoord in een veel ruimer en theoretisch gefundeerd kader.

ANTHROPOSOFISCHE BEHANDELWIJZE

De anthroposofie is een wereldbeschouwing, gebaseerd op de ideeën van de Oostenrijker Rudolf Steiner (1861-1925), met vele uitwerkingen op (geestes)wetenschappelijke, sociale, religieuze en kunstzinnige gebieden. Het is dan ook onmogelijk anthroposofische geneeskunde te beoefenen zonder dat men zich heeft verdiept in de filosofische achtergronden van de anthroposofie en in het daaruit resulterend mensbeeld. Dit is de reden dat bij voorkeur wordt gesproken over 'vanuit de anthroposofie werkende artsen' en niet van 'anthroposofische artsen' of 'anthroposofische geneeskunde', al gebeurt dit gemakshalve toch regelmatig.

Vanuit de anthroposofie beoefende geneeskunde plaatst zich zonder voorbehoud in de historische traditie van de reguliere geneeskunde en de medische wetenschap en beziet vandaaruit of grensverlegging mogelijk is. De behandelwijze moet volgens de anthroposofen niet zozeer beschouwd worden als 'alternatief', maar evenmin als louter additief ten aanzien van de reguliere geneeskunde. Gestreefd wordt naar een 'verbreding' c.q. 'verdieping' of 'verruiming' van de geneeskunde (in het Duits spreekt men van een 'Erweiterung') op geleide van het anthroposofisch mensbeeld en wel in die zin, dat niet wordt getornd aan de uitgangspunten en verworvenheden van de huidige reguliere geneeskunde, maar dat deze tevens vanuit een ander niveau beschouwd worden, waardoor andere inzichten kunnen ontstaan. Gevolg zal zijn dat de nieuwe, aldus ontstane geneeskunde in alle opzichten anders, rijker zal zijn dan de thans bestaande.

Uit deze claim volgt dat de anthroposofische genees-

kunde alle terreinen van de geneeskunde en gezondheidszorg bestrijkt, vanaf de meest elementaire (algemene resp. medisch-biologische basisvakken bijvoorbeeld wiskunde resp. fysiologie) via de gebruikelijke disciplines als pathologie, farmacologie, interne geneeskunde, psychiatrie tot en met maatschappelijke gezondheidszorg, heilpedagogie en voedingsleer. Daarnaast bestaan (althans aanzetten tot) anthroposofische 'Erweiterungen' op medisch relevante terreinen als verpleegkunde, fysiotherapie, farmacie, medische geschiedenis e.a., terwijl voorts nog enkele specifiek anthroposofisch-therapeutische vernieuwingen (therapeutische eurhythmie, kunstzinnige therapie) kunnen worden genoemd.

Anthroposofen bestuderen de zieke mens in dynamische zin, ook in relatie tot zijn omgeving. Elke ziekte of klacht wordt gezien als een signaal van een verstoord evenwicht (zie ook sub 5 en 7) dat zich op lichamelijk, psychosociaal en biografisch niveau* kan uiten. Anthroposofische therapie heeft tot doel een veranderingsproces op gang te brengen dat tot een nieuw evenwicht voert. Dat is een van de redenen dat anthroposofische artsen uiterst terughoudend zijn met symptoombestrijding.

Belangrijk is om - met de patiënt - na te gaan waardoor het signaal wordt veroorzaakt, niet om het signaal weg te nemen. Wel zal altijd worden afgewogen of symptomatische behandeling nodig is om bijvoorbeeld een crisis te overbruggen of dat kan worden geprobeerd het organisme te stimuleren zich zelf te genezen. In het eerste geval zal ook een anthroposofische arts grijpen naar reguliere geneesmiddelen.

Verschil met de reguliere geneeskunde, waarin men ook in toenemende mate in regelsystemen denkt en probeert zo basaal mogelijk een ziekte aan te pakken - eventueel onder handhaving van symptomen mits deze voor de patiënt te verdragen zijn - is het systeem waarin het evenwicht wordt gedacht en het niveau waarop men de behandeling wil doen aangrijpen.

Onder 'biografie' wordt in dit verband verstaan: de levensloop van de mens, zoals deze daar zelf vorm en inhoud aan geeft (zie 4.1).

Het zogenoemde vierledige en drieledige mensbeeld en het principe van de polariteit (zie hoofdstuk 4) vormen de basis om ziekte te benaderen.

WEZENSDELEN EN POLARITEIT

Anthroposofen onderscheiden zowel in het gezonde als in het zieke organisme vier verschillende niveaus, die in nauwe relatie worden gezien met de natuur. Deze vier niveaus worden ook wel 'wezensleden' of 'wezensdelen' genoemd; 'niveau', 'lichaam' en 'wezensdeel' zijn in onderstaande omschrijvingen synoniem.

- 1 Het fysieke lichaam. Dit is het niveau dat het direct zicht-, meet- en weegbare omvat. Stoornissen op dit gebied behoren tot de organische afwijkingen. Het fysieke lichaam komt overeen met het levenloos-minerale.
- 2 Het levenslichaam of etherlichaam. Dit is het niveau van de levensprocessen, een krachtenstelsel dat zich uit in bijvoorbeeld ademhaling, spijsvertering, slapen en waken, maar ook in groei, herstel, vitaliteit of concentratievermogen. Omdat deze levensprocessen deel uitmaken van één dynamisch systeem, kan van een levenslichaam worden gesproken. Stoornissen op dit niveau staan in de reguliere geneeskunde als functionele stoornissen bekend. Het levenslichaam komt overeen met het levend-plantaardige.
- 3 Het astraallichaam. Dit is het niveau van psychologische processen waartoe alle bewustzijnsprocessen behoren, zoals denken, voelen en willen. Deze processen doordringen de beide vorige wezensdelen en werken dus ook op organisch niveau. Omdat bewustzijnsprocessen in een gezonde toestand ook een eenheid vormen, spreekt men ook hier van een lichaam: het zielelichaam of as-

traallichaam. Het zielelichaam komt overeen met het bewust-dierlijke.

- 4 De ik-oraanisatie of het ik-niveau. Dit is de hoogste hiërarchische wezensgeleding. Het ik-niveau onderscheidt de mens van het dier; het vertegenwoordigt het zelfbewust-menselijke. Het ik-niveau kan zowel lichamelijk als psychisch harmonie (gezondheid) tussen de andere niveaus scheppen; het bepaalt de samenhang van de andere delen en geeft daaraan richting en zin. In de tijd gezien komt de ik-organisatie tot uitdrukking als biografie van de mens.

De vier wezensdelen werken in het menselijk organisme samen in verschillende onderlinge relaties, waardoor in het hoofd - de 'bovenpool' van de mens - een krachtensysteem ontstaat dat polair is aan dat van het stofwisselings- en ledematenstelsel - de 'onderpool' van de mens. Deze polaire systemen worden in evenwicht gehouden door een bemiddelend midden, het 'rhythmische systeem' dat zijn fysieke manifestatie vindt in o.a. de ademhaling en de bloedsomloop. Deze drie systemen vormen de fysieke basis van de mens als drieledig organisme. Zij vormen tevens de basis van respectievelijk de zielefuncties van denken (bovenpool), voelen (rhythme) en willen (onderpool).

In de bovenpool zijn volgens de anthroposofen zenuwen en zintuigen gelocaliseerd; de eerste voor innerlijke functies, de tweede als poorten naar de buitenwereld. In de onderpool zijn op vergelijkbare wijze de stofwisseling (interne functies) en de ledematen (contact met de buitenwereld) functioneel met elkaar verbonden.

Met nadruk moet worden gesteld dat deze drie systemen wel zijn te onderscheiden, maar niet te scheiden. In elk der gebieden is van de dynamiek de overige twee eveneens te herkennen.

Bij tijdelijke evenwichtsverschuivingen tussen de vier wezensdelen in bovenpool, onderpool of middengebied of bij een overheersende dynamiek van het zenuw-zintuigstelsel of het stofwisselings-ledematenstelsel ontstaat ziekte. Maar het is

ook mogelijk dat ziekten optreden die geen verklaring of oorzaak vinden in de mens zelf of in zijn omgeving. In een dergelijk geval kan de oorzaak volgens de anthroposofen - die uitgaan van reïncarnatie en de mens beschouwen als een zich ook tussen de verschillende aardelevens ontwikkelend wezen - in een vorig leven worden gezocht.

TYPEBEGRIIP

Het in hoofdstuk 4 aangeduide drie- en vierledig mensbeeld vormt het theoretisch kader van de anthroposofische geneeskunde, dat wel denkbaar, maar minder eenvoudig zichtbaar te maken is - zeker wanneer van harmonie sprake is. Extra probleem is de complexiteit van het anthroposofisch mensbeeld, dat herkenning - immers slechts mogelijk vanuit een zekere kennis - zeer bemoeilijkt.

De idee is dat iemand die ziek wordt, in zijn ziekzijn een dysharmonie presenteert, een overheersen van één der wezensdelen of van één der polen. Uit een dergelijk eenzijdig op de voorgrond treden kan men het karakter en de kwaliteit van deze delen van het systeem leren kennen. Een anthroposofische diagnose omvat zo mogelijk aspecten van alle vier niveaus of wezensdelen. De arts krijgt gaandeweg oog voor deze kwaliteiten - die hij vanuit de idee al kende - en gaat 'typen' onderscheiden die samenhangen met een bepaald soort dysharmonie

Dit vermogen van de arts is in de geneeskunde geen novum: men denke aan de 'klinische blik' van de ervaren arts die bijvoorbeeld direct de 'typische Parkinson-patiënt¹' herkent. Van belang is het hierbij te beseffen dat deze type-herkenning geen resultaat is van een bewust analyseren van een check-list van gegevens. Juist dankzij zijn ervaring kan de arts uit losse feiten en indrukken een samenvattend beeld vormen waaruit het typische van een bepaalde ziekte of een bepaald syndroom naar voren komt*. Ofschoon alle Parkinson-pa-

Zie ook paragraaf 1.3 van het advies van de commissie.

tiënten verschillend zijn, herkent de arts het typische dat zij gemeenschappelijk hebben, namelijk de ziektekaracteristiek.

In de anthroposofische geneeskunde wordt dit menselijk vermogen om in beelden te denken en beelden te herkennen bewust geschoold. De arts leert zijn waarnemingen te verwerken en te combineren tot een geheel, orn dan in dat geheel kwaliteiten te gaan herkennen - die niet alleen gericht zijn op ziekte, maar ook op het tot ziekte leidend proces en op de wezensdelenconfiguratie. Dankzij deze type-benadering kan de anthroposofische arts gedifferentieerd met een bepaalde ziekte omgaan.

Gangbare ziektebegrippen en anthroposofische type-begrippen (groothoofdig/kleinhoofdig, orgaantypen) dekken elkaar niet volledig. De werkgroep acht daarom een duidelijke omschrijving van het type-begrip een eerste vereiste bij systematisch onderzoek op het gebied van de anthroposofische geneeskunde .

ANTHROPOSOFISCHE MEDICATIE

Volgens de anthroposofen bestaat een wezenlijke verwantschap tussen de mens (microkosmos) en de natuur (macrokosmos) . Ook alle processen in de mens hebben volgens anthroposofen verwantschap met wat zich in de macrokosmos afspeelt. Uitgangspunt van de anthroposofische medicatie is dat in de natuur een aanduiding kan worden gevonden voor het bij een bepaalde ziekte benodigde geneesmiddel. De medicamenten die worden gebruikt zijn dan ook in principe afkomstig uit de natuur: bijvoorbeeld uit de minerale natuur metalen (lood) en calcium carbonicum (oesterschelpen), uit de plantenwereld belladonna (wolfskers) en chamomilla (kamille) en uit de dierenwereld apis mellifera (honingbij) en cor bovis (runderhart).

Belangrijk bij het bepalen van de in een bepaald geval benodigde medicatie is de eenzijdigheid die ieder deel van de levende en van de niet-levende natuur geacht wordt te representeren. Zo uit de eigen eenzijdigheid van planten zich niet alleen in de verschijningsvorm, maar ook in de eigenschappen (breken of buigen, geur, al dan niet etherische olie bevattend, manier van bloeien en groeien, veel of weinig water en licht nodig enzovoort).

Bij een gezond mens houden verschillende eenzijdigheden elkaar in evenwicht. In geval van ziekte heeft een (of enkele) eenzijdighe(i)d(en) de kans gekregen 'door te schieten' en te sterk te werken. De ziekte manifesteert zich dan als deze eenzijdigheid en wel op de verschillende niveaus die in hoofdstuk 4 zijn aangegeven. Als medicatie zoekt een vanuit de anthroposofie werkend arts naar datgene in de natuur wat een verwante eenzijdigheid vertoont.

In bepaalde gevallen kan een eenzijdigheid in een patiënt bij de arts direct de gedachte aan een bepaald medicament oproepen. Soms herkent de arts slechts het beeld van een heel speciale eenzijdigheid; daarbij moet hij in zijn geneesmiddelenarsenaal het passende medicament zoeken. Hoe groter het inzicht van de arts is in de verwantschap tussen natuur en menselijk organisme en hoe groter het aantal geneesmiddelen dat hij kent, des te groter is de kans dat hij het passende medicament weet te vinden. Zo'n geneesmiddel zal, mits toegevend in de juiste vorm of sterkte - dat wil zeggen in bepaalde gevallen gepotentiëerd (rhythmisch geschud en stapsgewijs verdund) - de patiënt helpen te genezen. Doel van de medicatie is altijd het opnieuw bereiken van een evenwicht.

Deze benadering betekent dat diagnose en therapie voor een vanuit de anthroposofie werkend arts, naast een causaal-analytische, ook een ander soort relatie tot elkaar hebben. De anthroposofische benadering is fenomenologisch: op basis van het waargenomen beeld van de patiënt bepaalt de arts het geïndiceerde medicament.

Als aangeduid in hoofdstuk 3, kent de anthroposofische geneeskunde naast medicamenteuze therapie ook psychotherapie en kunstzinnige therapie, waarmee eveneens wordt gepoogd gericht in te grijpen op de uit zijn evenwicht geraakte mens.

ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN DE ANTHROPOSOFI-
SCHE GENEESKUNDE

7.1 VRAAGSTELLING

De aan de werkgroep voorgelegde vraag was het formuleren van voorstellen voor onderzoek met behulp waarvan aangetoond zou kunnen worden dat de door anthroposofische artsen gevolgde benadering voor hun patiënten effectief is.

In de inleiding bij deze rapportage is gewezen op enkele aan de beantwoording van de concrete vraag ten grondslag liggende problemen: hoe kan 'werkzaamheid' worden getoetst in het kader van het gevraagde effectiviteitsonderzoek; wat moet onder 'gezond' en 'ongezond' worden verstaan en wat precies is de aard van de therapeutische relatie tussen arts en patiënt.

De werkgroep acht zich niet toegerust om binnen de beschikbare tijd op dergelijke fundamentele vragen een bevredigend antwoord te formuleren. Zij is van mening dat in eerste instantie het veld zelf zich op deze vragen moet bezinnen.

Aan het slot van hoofdstuk 5 is gesteld dat een duidelijke omschrijving van het typebegrip een eerste vereiste zal zijn bij systematisch onderzoek op het gebied van de anthroposofische geneeskunde. De werkgroep heeft zich over dit probleem het hoofd gebroken - zoals blijkt uit het project zwakke nierstraling (bijlage An.V). Gezien de hierbij gerezen moeilijkheden wordt voorgesteld het probleem van type-definiëring voor te leggen aan de Nederlandse Vereniging van Anthroposofische Artsen (NVAA) . Naar het zich laat aanzien kan in eerste instantie beter worden gekozen voor een minder gecompliceerde typologie dan 'zwakke nierstraling'. Hieraan wordt overigens gewerkt binnen het grondslagenonderzoek van de bloedkristallisatie (zie bij lage An.VI).

Bovendien is in de loop van het beraad binnen de werkgroep gebleken dat ook over de inhoud van begrippen als oorzaak en gevolg, doel en doelstelling verwarring kan ontstaan. De werkgroep adviseert de NVAA daarom ook deze begrippen grondig uit te werken en vast te leggen wat men onder elk begrip verstaat.

In hoofdstuk 10 wordt aangegeven op welke wijze de werkgroep denkt dat een begin kan worden gemaakt met de beantwoording van de hier boven geformuleerde vraag.

7.2 DOEL EN AANPAK

Als doel van het doen van onderzoek op hun gebied zien de anthroposofische artsen zelf in de eerste plaats het toetsen van hun inzichten aan de praktijk en het evalueren van hun eigen handelen.

Uitgangspunt bij dergelijk onderzoek moet zijn dat de behandelwijze in zijn geheel wordt onderzocht. Volgens gevoel en ervaring van de anthroposofische artsen is het niet mogelijk een enkele factor uit het complex dat de behandeling vormt te isoleren of te variëren omdat dit een wezenlijke verstoring van het geheel tot gevolg zou hebben: het therapeutisch effect is méér dan een optelsom van de verschillende onderdelen van de therapie. In de therapie als geheel kan men wél verschillende aspecten onderscheiden - die echter steeds opnieuw in hun relatie tot het geheel moeten worden gezien. Dit geldt ook voor de toegepaste medicamenten. Onderzoek naar de anthroposofische geneeskunde zal dan ook doorgaans een methode-onderzoek - i.c. de anthroposofische methode - en geen geneesmiddelenonderzoek moeten zijn.

Een van de belangrijkste momenten in het therapeutisch proces in de anthroposofische geneeskunde is dat de patiënt, om welke reden dan ook, zelf kiest voor deze therapeutische benadering. Omdat de motivatie tot deze keuze mede-bepalend kan zijn voor het resultaat (zie 7.2 en 7.3), moet deze bij een onderzoek volledig intact blijven. Maar ook de arts moet vrij zijn in de keuze van zijn therapie. Vanuit de ontmoeting

arts-patiënt wordt voor een therapie gekozen.

Een en ander impliceert dat gerandomiseerd noch (dubbel)blind onderzoek naar het effect van hun geneeswijze voor anthroposofische artsen in aanmerking komt. Wel goed mogelijk is een groep door anthroposofische artsen behandelde patiënten te vergelijken met een regulier behandelde en/of een niet-behandelde groep patiënten met dezelfde klachten of afwijkingen, zoals is gedaan bij het (retrospectieve) hypertensie-onderzoek (bij lage An.II).

Andere mogelijkheid is dubbelblind en gerandomiseerd onderzoek naar het effect van verschillende medicamenten die bij eenzelfde aandoening zijn geïndiceerd. De resultaten van een dergelijk onderzoek zeggen echter niets over de effectiviteit van de anthroposofische behandelwijze.

7.3 OM WELKE PATIËNT GAAT HET?

Behalve de vraag of een alternatieve therapie c.q. behandelwijze werkzaam is, kan ook de vraag worden gesteld voor welke patiënt de therapie werkzaam is: alleen voor aanhangers of ook voor niet-aanhangers? Deze vraag geldt uiteraard - zij het wellicht in andere bewoordingen - ook voor de reguliere geneeskunde.

In de werkgroep zijn verschillende eigenschappen van patiënten genoemd die mogelijk mede-bepalend zijn voor het resultaat van een behandelwijze c.q. vorm van geneeskunde. Zo is het vermoeden geuit dat een patiënt die gemotiveerd kiest voor een bepaalde richting in de geneeskunde, die vertrouwen heeft in zijn/haar arts en diens therapie en zelf bereid is actief aan het genezingsproces mee te werken dan wel bereid is te veranderen (leefwijze, mentaliteit), een grotere kans op een positief resultaat van een gekozen therapie heeft dan een patiënt die niet gemotiveerd is, geen vertrouwen heeft in zijn/haar arts of in de therapie en die niet bereid is zich actief in te zetten of te veranderen*.

Zie ook paragraaf 10.5 van het advies van de commissie.

De verschillende richtingen in de geneeskunde zullen mogelijk verschillende waarden toekennen aan bovengenoemde factoren, dan wel één of meer factoren essentieel achten voor een goed resultaat. De werkgroep acht het wenselijk na te gaan op welke wijze in de verschillende onderzoeksvoorstellen mede aandacht kan worden besteed aan de invloed van de eigenschappen van de individuele patiënt op het behandelingsresultaat.

7.4 PLACEBO-EFFECTEN EN VERTROUWENSEFFECTEN*

Het begrip 'placebo-effect' heeft voor sommigen een negatieve klank omdat een dergelijk effect slechts door suggestie, los van de eigenlijke (farmacologische) effecten van een geneesmiddel of andere interventie, zou ontstaan. De dubbelblind-methode berust veelal op toepassing van placebo.

Dat het vertrouwen van een patiënt in zijn arts van essentiële betekenis is, wordt evenwel door niemand betwist. In de anthroposofische geneeskunde wordt het vertrouwen in de regel dan ook een wezenlijk bestanddeel van de therapie geacht. De anthroposofen stellen daarom voor een nieuw begrip te introduceren, namelijk het 'vertrouwenseffect': naarmate arts én patiënt vertrouwen in elkaar en in de therapie hebben, zal de kans op succes van die therapie toenemen. Volgens de anthroposofen zijn suggestieve en vertrouwenseffecten niet los van de farmacologische te zien, evenmin als het resultaat van een therapie een simpele optelsom is van verschillende deelaspecten of effecten (zie 7.2). Men kan hier spreken van een synergistisch effect. Bij een optimale therapie zou dit synergistisch effect optimaal tot zijn recht moeten komen; dit moet in ieder geval worden nagestreefd.

7.5 ZIEKTEBEELDEN

Omdat ook een vanuit de anthroposofie werkend arts in bepaalde gevallen reguliere methoden en therapieën toepast, komen niet

Zie ook hoofdstuk 10 ('Placebo-perikelen') van het advies van de commissie.

alle patiënten noch alle ziektebeelden uit een anthroposofische praktijk voor een onderzoek als gevraagd in aanmerking. Het is van belang hiertoe ziektebeelden te selecteren waarvan men de ervaring heeft dat deze goed op een anthroposofische benadering reageren.

ONDERZOEKSMETHODOLOGIE

8.1 INLEIDING

De werkgroep heeft niet alleen vanuit de anthroposofische optiek naar mogelijkheden voor onderzoek gekeken, maar heeft zich ook afgevraagd welk soort onderzoek resultaten oplevert die ook door niet-anthroposofisch geschoolden worden geaccepteerd. Vervolgens heeft zij nagegaan of, en zo ja onder welke voorwaarden, onderzoek zou zijn te realiseren dat zowel voor reguliere als voor anthroposofische artsen acceptabel is.

8.2 TWEE WETENSCHAPSGBIEDEN: VERKLARING EN EVALUATIE

Bij de evaluatie van (alternatieve) behandelwijzen kan men twee wetenschapsgebieden onderscheiden die nagenoeg onafhankelijk van elkaar zijn, namelijk:

- 1 het wetenschapsgebied dat zich bezighoudt met de verklaring van ziekte en therapie
- 2 het wetenschapsgebied dat zich bezig houdt met het evalueren van effecten.

8.2.1 Verklaren

In de reguliere geneeskunde wordt ziekte in verband gebracht met (een combinatie van) infecties, degeneraties, traumata, stoornissen in het immuunsysteem, stoornissen in de genetische opbouw van het individu en psychische beschadiging. Bij de anthroposofen wordt ziekte daarnaast in verband gebracht met de 'anthroposofische opbouw' (zie hoofdstuk 4 en 6) van het individu.

Therapieën worden in de reguliere geneeskunde gekozen

op basis van de verklaring van de ziekte; bij de anthroposofische geneeskunde speelt bij de keuze van de therapie het anthroposofisch mensbeeld een belangrijke rol.

De indeling van ziektes in categorieën (classificatie) hangt in de reguliere geneeskunde voornamelijk samen met de verklaring van die ziektes; anthroposofen kennen een indeling van ziektes die is gebaseerd op het anthroposofisch mensbeeld.

8.2.2 Evalueren

Het tweede wetenschapsgebied houdt zich bezig met het evalueren van causale verbanden tussen mogelijke oorzaken van ziekte en de ziekte zelf en met het evalueren van effecten van therapie. De methoden van onderzoek die daarvoor meestal worden gebruikt zijn:

de experimentele benadering (gerandomiseerd)

- de clinical trial: prospectief gerandomiseerd oorzaak-effect onderzoek waarbij de resultaten van een bepaalde interventie worden vergeleken met de resultaten van een andere (of controle-) interventie.

de quasi-experimentele benaderingen (niet gerandomiseerd)

- cohort onderzoek (dergelijk onderzoek gaat uit van een expositie aan een bepaalde omstandigheid of interventie; men vergelijkt een groep mensen met bepaalde gemeenschappelijke kenmerken gedurende een bepaalde periode met een controlegroep)
- case control onderzoek (dergelijk onderzoek gaat uit van een bepaalde uitkomst; een groep genezen mensen wordt retrospectief vergeleken met een niet-genezen groep)
- historisch cohort onderzoek (de te vergelijken groepen worden 'in de historie' samengesteld, dat wil zeggen uit reeds beschikbaar materiaal).

Experimentele en quasi-experimentele onderzoeksmodellen worden niet alleen in de epidemiologie en de klinische

epidemiologie gebruikt (Kle82), maar ook buiten de geneeskunde, bijvoorbeeld in de sociologie (Coo79). Gezien hun brede toepasbaarheid zijn dergelijke modellen in principe ook geschikt voor onderzoek op het gebied van de alternatieve behandelwijzen.

Voorwaarden om dergelijke onderzoeken uit te kunnen voeren zijn:

goede begripsdefinities c.q. begripsomschrijvingen een zo gering mogelijke inter- en intra-observer variatie het onderzoek moet, zowel in algemeen-maatschappelijke als in anthroposofische zin, ethisch verantwoord zijn.

Voor de toepassing van experimentele en quasi-experimentele methoden is het minimaal noodzakelijk om de uitgangssituatie, de mogelijk oorzakelijke factoren, de uitkomsten en de mogelijke versturende factoren objectiveerbaar te meten.

De uitgangssituatie wordt meestal omschreven in termen van een diagnose gekoppeld aan een ziekte-ernst. De oorzakelijke factor is de therapie. De uitkomst is wederom een ziekte-ernst, of liever nog het verschil in ziekte-ernst ten opzichte van de uitgangssituatie.

Bekende versturende factoren zijn leeftijd en geslacht. Als andere mogelijke versturende factoren niet te meten zijn, dient de opzet van het onderzoek zo te worden gekozen dat deze factoren geen rol van importantie spelen. Vooral bij quasi-experimenten vereist het de nodige kennis en kunde om dit te realiseren.

8.3 PROBLEMEN

8.3.1 Uitgangssituatie

Het redelijk in beeld brengen van de uitgangssituatie bij een onderzoek naar de anthroposofische behandelwijze kan problemen opleveren, niet alleen omdat het - zoals eerder gesteld - in vele gevallen niet mogelijk is het te onderzoeken

anthroposofisch type in eenduidige reguliere terminologie te omschrijven, maar ook omdat bepaalde diagnoses die in de anthroposofische geneeskunde gehanteerd worden, non-existent zijn in de reguliere geneeskunde (bijvoorbeeld zwakke nierstraling, zie bijlage An.V). Dit maakt het onmogelijk voor deze diagnoses een reguliere behandelingsmethode te vinden waarmee de anthroposofische therapie zou kunnen worden vergeleken.

8.3.2 Ethische problemen

Als toegelicht in 7.2 is vanuit de antroposofische ethiek de experimentele benadering niet acceptabel; quasi-experimentele modellen zijn in principe wel mogelijk. Daarbij dient men zich te realiseren dat quasi-experimentele modellen ook hun begrenzingskenners kennen, zoals systematische vertekening (bias), collineariteit* en te lage celvulling (te weinig patiënten per groep) .

Bij de evaluatie van het effect van een anthroposofische behandelwijze kunnen al direct drie factoren worden aangegeven die de uitkomst kunnen beïnvloeden, namelijk:

- de patiënt is zelf anthroposoof of niet
- de arts is zelf anthroposoof of niet
- de behandelwijze is anthroposofisch of niet.

Dat betekent dat er $2 \times 2 \times 2 = 8$ cellen gevormd kunnen worden (patiënt is wel of geen anthroposoof, arts is wel of geen anthroposoof, therapie is wel/niet anthroposofisch). Als door de anthroposofen vanuit hun specifieke visie wordt gesteld dat anthroposofen alleen anthroposofische behandelwijzen kunnen toepassen of gebruiken, treedt een hoge celvulling op voor de combinatie (patiënt = anthroposoof) + (arts « anthroposoof) + (therapie = anthroposofisch) alsmede voor de combinatie (patiënt = niet anthroposoof) + (arts = niet anthroposoof + therapie = niet anthroposofisch en een lage celvul-

Collineariteit: bij een onderzoek zijn verschillende variabelen betrokken die zodanig samenhangen dat over elk der variabelen apart geen uitspraak is te doen.

ling voor andere combinaties. Deze collineariteit maakt, juist binnen een quasi-experiment, de evaluatie onuitvoerbaar. Dit betekent dat in een dergelijke situatie een vergelijking met het effect van reguliere therapieën niet is te realiseren, zelfs niet met quasi-experimenten. Wel kan men nog effecten van twee verschillende, mogelijk gelijkwaardige anthroposofische therapieën met elkaar vergelijken (zoals de vergelijking van het effect van wilde versus geteelde *Arnica montana*, zie bij lage An.III) .

Anderzijds kunnen zich ethische problemen voordoen ten aanzien van een voorstel betreffende een voor anthroposofen volstrekt acceptabel onderzoek dat op bezwaren stuit vanuit het algemeen-maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef - men denke aan de aarzelingen van anthroposofen ten aanzien van routinematig inenten (bijvoorbeeld tegen mazelen, zie bijlage An.VII) en het routinematig toedienen van bepaalde vitaminepreparaten (zoals vit. A-D ter preventie van rachitis, zie bij lage An.IV) .

8.4 HET DERDE WETENSCHAPSGBIED: ONDERZOEKSPROGRAMMERING

Naast de beide in 8.2 genoemde wetenschapsgebieden dient nog een derde gebied in de beschouwingen te worden betrokken, namelijk dat van de onderzoeksprogrammering. Wil een vakgebied tot bloei komen, dan is het wenselijk een onderzoeksprogramma op te zetten dat bestaat uit deelonderzoeken die op elkaar aansluiten, niet alleen qua concept maar ook in de tijd. Wil men, via een verdere profilering en professionalisering van de anthroposofische geneeskunde, de uiteindelijk beoogde 'Erweiterung' van de geneeskunde daadwerkelijk kunnen bewerkstelligen, dan zou een daarop gericht onderzoeksprogramma opgezet en uitgewerkt dienen te worden.

HUIDIGE SITUATIE MET BETREKKING TOT HET ONDERZOEK NAAR
DE ANTHROPOSOFISCHE GENEESKUNDE

Veel fundamenteel werk en casuïstische besprekingen betreffende de anthroposofische geneeskunde zijn door en sedert Rudolf Steiner gepubliceerd. Het tijdschrift 'Beitrage zu einer Erweiterung der Heilkunst' (tegenwoordig: 'Der Merkurstab') rapporteert elke twee maanden over de ontwikkelingen op het gebied van de anthroposofische geneeskunde.

In Nederland bestaat sedert 1985 de Stichting Anthroposofisch Medisch Onderzoek (SAMO, zie bijlage An.IX), die zich ten doel stelt onderzoek te bevorderen op het gebied van de anthroposofische geneeskunde. Daartoe stimuleert zij onderzoekers om hun vragen duidelijk te maken, bemiddelt zij bij de financiering van onderzoek, initieert zij onderzoek dat zij noodzakelijk acht en verzorgt zij begeleiding bij het opzetten en uitvoeren van onderzoek. Dit onderzoek wordt niet in eigen beheer uitgevoerd, maar uitbesteed aan derden, bijvoorbeeld het Louis Bolk Instituut, de Willem Zeylmans van Emmichovenkliniek of een therapeuticum*.

Het - in 1976 opgerichte - Louis Bolk Instituut (Driebergen) wordt beheerd door de Stichting voor Fenomenologische Natuurwetenschap, die ten doel heeft het bevorderen van natuurwetenschappelijk onderzoek volgens de methode, zoals die door Goethe werd toegepast en door Rudolf Steiner filosofisch werd gefundeerd. Het Louis Bolk Instituut heeft diverse onder-

Een therapeuticum is een samenwerkingsverband waarbinnen anthroposofische geneeskunst wordt bedreven. Huisartsen, fysiotherapeuten, heileurythmisten, kunstzinnig therapeuten, (wijk)verpleegkundigen, psychotherapeuten, muziektherapeuten en badtherapeuten kunnen hier werkzaam zijn.

zoeksafdelingen, waaronder een medisch-biologische afdeling. De bijlagen An.III tot en met An.VIII geven een overzicht van de projecten waaraan wordt gewerkt (grondslagenonderzoek rond de bloedkristallisatie; biologisch, chemisch en medisch onderzoek aan *Arnica montana*; anthroposofische rachitispreventie; anthroposofische behandeling van kinderen met asthma en mazelen).

Vanuit de achtergrond van het denken over de effecten van alternatieve behandelwijzen acht de werkgroep het gewenst onderzoeksvoorstellen aan te bevelen die inzicht kunnen geven in de breedte van de anthroposofische geneeskunde. Gewerkt zal moeten worden aan het opstellen van begripsomschrijvingen die de consequenties van het anthroposofisch mensbeeld voor het medisch-practisch handelen kunnen verduidelijken, aan het opstellen van eenduidige begripsomschrijvingen omtrent het te onderzoeken ziektebeeld (diagnose en symptomatologie/typologie) en de te bereiken veranderingen daarin en aan de ontwikkeling van een onderzoeksprogramma (zie hoofdstuk 8) . De resultaten van praktische en concrete onderzoeksprojecten (die van korte duur kunnen zijn) kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Bij de beoordeling van de verschillende geopperde mogelijkheden voor onderzoek op het gebied van de anthroposofische geneeskunde heeft de werkgroep zich bovendien, zoals aangegeven in de adviesaanvraag die aan de Commissie Alternatieve Behandelwijzen is voorgelegd, afgevraagd of de resultaten van wetenschappelijk onderzoek een behandelwijze in aanmerking kunnen doen komen voor opname in het verstrekkingenpakket. In dat geval zou het gewenst zijn voor dergelijk onderzoek behandelwijzen te selecteren die tot op heden niet worden vergoed.

Hoewel zij niet in de gelegenheid is geweest dit nader uit te werken, zou de werkgroep het zinnig achten een project te entameren waarin een specifiek anthroposofische therapie (zoals kunstzinnige therapie of heileurhythmie) op haar mérites zou worden onderzocht.

De werkgroep verwacht overigens dat de politieke be-

slissing een bepaalde behandeling al dan niet te vergoeden van invloed kan zijn op de wijze waarop mensen gebruik maken van die behandelwijze - en de resultaten daarvan waarderen. Dit aspect is daarom niet alleen relevant voor deze werkgroep, maar voor de gehele commissie en voor de overige werkgroepen die alle niet alleen de denkstijl van arts en patiënt en de relatie tussen beiden in hun beschouwingen moeten betrekken, maar de gehele context waarbinnen het contact arts-patiënt plaatsvindt.

De werkgroep heeft na rijp beraad een aantal concrete onderzoeksvoorstellen uitgewerkt betreffende

- 1 de anthroposofische behandeling van hypertensie
- 2 de biologische, chemische en medische aspecten van Arnica montana
- 3 de anthroposofische benadering van rachitis.

Deze onderzoeken zijn alle van start gegaan; voor project 1 en 3 is een subsidie van WVC ontvangen. De vooronderzoeken betreffende de projecten 1 en 2 zijn inmiddels afgesloten; de resultaten zijn opgenomen als bijlage An.II en An.III bij deze rapportage. Project 3 (zie bijlage An.IV) is eind 1992 afgerond.

De werkgroep heeft zich gerealiseerd dat een evaluatie van de resultaten van onderzoek zou moeten worden gebouwd op de infrastructuur van de anthroposofische geneeskunde. Hoewel binnen de anthroposofische artsenvereniging men zich vrijwel unaniem van eenzelfde terminologie bedient, kan men zich afvragen - mede naar aanleiding van de in 7.1 aangegeven problemen bij de verduidelijking van het begrip 'zwakke nierstraling' voor reguliere artsen - of de bijbehorende begripsinhouden voor elke anthroposofische arts geheel dezelfde zijn. Derhalve zullen bepaalde tot standaardisatie leidende infrastructurale maatregelen moeten worden getroffen. Dit betekent onder andere dat bij elk onderzoek consensus moet worden bereikt over de gehanteerde begrippen en uitgangspunten. Zolang op dit niveau verschillen blijven bestaan, is de basis voor communicatie te zwak. Gebleken is dat ook de discussies die over dit onderwerp ontstaan, op zichzelf al onderzoek kunnen genereren.

Ook is inmiddels in de praktijk gebleken dat, voordat onder dezelfde aanduiding hetzelfde wordt verstaan, voordat volgens een bepaald denkkader wordt gedacht, voordat de hiertoe benodigde bij- en nascholing functioneert, voordat men een voor ieder acceptabele aansluiting heeft gevonden op reguliere onderzoeksmethodologieën, men jaren verder is. De werkgroep acht het stimuleren en steunen van de ontwikkelingen op dit gebied die inmiddels door de Stichting Anthroposofisch Medisch Onderzoek (SAMO) in gang zijn gezet (zie bijlage An.IX) dan ook gezonder dan het van boven af opleggen van een of ander effectiviteitsonderzoek.

Bovenstaande impliceert dat, om wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken, eerst de nascholing en bijscholing

van de anthroposofische artsen zou moeten worden geïntensifieerd, en wel met eenvoudige methoden, bijvoorbeeld om inter-observer-errors op het spoor te komen en deze te verkleinen. Binnen de werkgroep is gefilosofeerd over een mogelijke oplossing voor dit probleem, waarbij werd benadrukt dat de anthroposofische artsen zelf het onderzoeken van hun handelen van belang achten. Ook op dit gebied heeft de SAMO in haar in mei 1990 verschenen Beleidsplan ideeën en plannen geformuleerd (zie bijlage An.IX).

Ter coördinatie van de verschillende activiteiten met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek naar het effect van alternatieve behandelwijzen stelt de werkgroep voor een soort Permanente Beraadsgroep Alternatieve Behandelwijzen in te stellen die tevens een adviserende functie zou kunnen hebben*. Aanvankelijk heeft de werkgroep deze Beraadsgroep ook taken op documentatiegebied toegedacht; gezien de ontwikkeling van het IDAG lijkt het efficiënter indien de Beraadsgroep zich in dezen met het IDAG verstaat.

Zie hoofdstuk 14 ('Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen') van het advies van de commissie.

12 LITTERATUUR

- Aak89 Aakster CW, Dijk PA van, Wijk R van e.a. *Integrale geneeskunde; een inleiding*. Uitgever: Wolters-Noordhoff, Groningen: 1989.
- Amo88 Amons F. De goetheanistische fenomenologie en haar toepassing op de zogenaamde koperchloride-kristallisatietest. *Natuurwetenschappelijk en medisch onderzoek in het Louis Bolk Instituut*. *Ned Tijdschr Integrale Geneeskd* 1988; 4 (21): 331-337.
- Boc90 Bock GH de, Rijnveld SA, Haan M de. *Geneeskunde en kwaliteit van leven*, *Med Contact* 1990; 22: 701-4.
- Coo79 Cook D, Campbell DT. *Quasi Experimentation - design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company, 1979.
- Cre90 Crevel H van, Gijn J van. *Klinimetrie: hoe gaat het met de patiënt?* *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990; 134: 7-11.
- Dae87 Daems WF. *Anthroposophische Medizin und ihre Heilmittel. Qualitätsgrundlage der anthroposophischen Pharmazie (3. Teil)* Schweiz. *Apotheker-Zeitung* 1987; 10: 276-8
- Fle35 Fleck L. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache - Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Frankfurt M: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1935.
- Hou89 Houwert DA, Huber MAS, Tusenius KJ. *Antroposofische geneeskunst*. In: *Integrale geneeskunde*. Red. Aakster CW, Wijk R van, Dijk PA van. Groningen: Wolters-Noordhoff 1989; 133-40.
- Heu87 Heusser P. *Anthroposophische Medizin und ihre Oeilmittel. Allgemeine Grundlagen (1. Teil)* Schweiz. *Apotheker-Zeitung* 1987; 5: 122-4.
- Heu87 Heusser P. *Anthroposophische Medizin und ihre Heilmittel. Allgemeine Grundlagen (2. Teil)* Schweiz. *Apotheker-Zeitung* 1987; 8: 222-3.

- Heu90 Heusser P. Beitrage zu einer Erweiterung der Heilkunst. Der Merkurstab 1990; 3: 189-194.
- Kie74 Kienle G. Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft, eine kritische Untersuchung. Stuttgart - New York: FK Schattauer Verlag, 1974.
- Kle82 Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologie Research, Principles and quantitative methods. London: Lifetime Learning Publications, 1982.
- Kra84 Krafft M. Die anthroposophische Heilmittellehre und ihre geistesgeschichtliche Beziehung zu Heilmittelkonzepten des 19 Jahrhunderts. Deutscher Apotheker Verlag. Stuttgart, 1984
- Lie74 Lievegoed BCJ. Het denken in open ontwikkelingslanden. Afscheidscollege, 28-3-1974
- Mel90 Melker RA de, Touw-Otten F, Jacobs HM, Luttik A. De waarde van de 'sickness impact profile' als uitkomstmeting. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 134: 946-8.
- Ver82 Verbrugh HS. De weg van de meeste weerstand. Een routebeschrijving door de antroposofie. Rotterdam: Uitgeverij Christofoor, 1982.
- Ver88 Verbrugh HS. Over de zogenaamde 'antroposofische geneeskunde' en de relatie tussen antroposofie en geneeskunde. In: Antroposofie. Religieuze bewegingen in Nederland. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1988; 17: 46-69.
- Wij86 Wijk R van. Suggestie en genezen. Een wetenschappelijke benadering van de suggestieve beleving van het genezingsproces. Tijdschr Ziekenverpleging 1986; 40: 750-5.

BIJLAGE An.I

ISCADOR ALS IMMUNOTHERAPEUTICUM BIJ PATIËNTEN MET
MALIGNIE TUMOREN*

Het extract van de maretak, als geneesmiddel bekend onder de naam Iscador, werd in 1920 door Rudolf Steiner, de grondlegger van de anthroposofie, aanbevolen voor behandeling van patiënten met kwaadaardige nieuwvormingen. In de loop van de tijd zijn zowel dierexperimenteel als ook bij de mens aanwijzingen gevonden dat dit geneesmiddel het afweersysteem (immuunsysteem) kan stimuleren en daarmee een rol kan spelen bij het voorkomen van kwaadaardige nieuwvormingen en het bestrijden van bestaande kwaadaardige tumoren.

Tussen 1987 en 1990 is in de Willem Zeylmans van Emmichoven Kliniek een door WVC gesubsidieerd onderzoek verricht naar de invloed van Iscador op het immuunsysteem van de mens. Daarnaast werd onderzocht of een aantoonbare stimulatie van het immuunsysteem gepaard zou gaan met een gunstig klinisch beloop.

In totaal namen 51 patiënten aan dit onderzoek deel. Zij leden aan verschillende vormen van kanker (borst, long, maag en andere organen) in verschillende stadia; bij sommige patiënten was de maligniteit al omstreeks 1980 gediagnosticeerd. De therapie omvatte behalve toediening van een Iscadorpreparaat (als regel intra- en/of subcutaan) ook verschillende in de anthroposofische geneeskunde bekende vormen van ondersteunende kunstzinnige therapie en biografische bezinning. De

Ontleend aan: Houwert DA: "Iscador als immuuntherapeutisch middel bij patiënten met maligne tumoren", Eindrapport onderzoeksproject, uitgebracht aan het Ministerie van WVC, februari 1993.

meeste patiënten waren vooraf, of werden in de loop van de Iscador-behandeling, ook regulier (als regel chirurgisch en/of met bestraling) behandeld.

Ten behoeve van het onderzoek naar een eventuele, met reguliere immunologische onderzoekstechnieken aantoonbare, immunostimulerende werking van Iscador bij kankerpatiënten werd bij 19 (willekeurig gekozen uit de 51 deelnemende) patiënten een Lymfocyten Transformatie Test uitgevoerd. De sensibilisatie van de lymfocyten voor het antigeen (in casu Iscador) werd voor en na (1 tot 3 maanden) behandeling gemeten aan de mate van blastoïde transformatie en uitgedrukt in een 'stimulatie-index'. Deze bleek na behandeling met Iscador significant verhoogd.

Geen duidelijke uitspraken kunnen daarentegen worden gedaan ten aanzien van enkele andere, eveneens onderzochte parameters met behulp waarvan immuun-modulerende eigenschappen van Iscador, alsmede een eventuele correlatie tussen deze eigenschappen en het klinisch verloop van de ziekte, zouden kunnen worden vastgesteld. Met name kunnen uit dit onderzoek geen duidelijke conclusies worden getrokken over de betekenis van de aangetoonde sensibilisatie voor het immuunadjuvans-effect op het klinische verloop of voor de immunologische remming van de tumorgroei.

Het feit dat twee van de 51 onderzochte patiënten een respectievelijk complete en bijna complete remissie toonden, d.w.z. het (bijna) volledig verdwijnen van de aantoonbare tumor met uitsluitend Iscador-therapie en het feit dat bij een van deze patiënten een stimulering van het immuunsysteem werd aangetoond, maakt het volgens de onderzoekers echter 'waarschijnlijk dat stimulering van het immuunsysteem met Iscador van klinisch belang is'.

Het eindrapport betreffende dit onderzoek werd in februari 1993 aan de subsidiegever aangeboden.

Informatie

Stichting Fundamenteel Immunologisch Kanker
Onderzoek (FIKO) Projectleider: DA Houwert,
internist p/a Willem Zeylmans van Emmichoven
Kliniek Bilthoven.

BIJLAGE An.II

VERGELIJKEND HYPERTENSIE-ONDERZOEK

INLEIDING

Begin 1988 werd in een anthroposofische en in een reguliere huisartsenpraktijk, beide via de Huisartsenopleiding verbonden aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, een vergelijkend retrospectief beschrijvend onderzoek verricht bij geselecteerde hypertensie patiënten. Doelstelling was na te gaan of een groter vergelijkend, prospectief onderzoek zinvol zou zijn en welke vraagstellingen daarbij aan de orde zijn.

ONDERZOEK

In beide praktijken werd een groep van 11 naar leeftijd en sexe vergelijkbare hypertensiepatiënten geselecteerd. Van hen is de behandeling over een periode van ten minste 5 jaar gevolgd. Met behulp van een status-analyse is onder andere gekeken naar het verloop van de bloeddruk en de momenten van medicatie dan wel medicatiewijziging.

Met behulp van een schriftelijke enquête is geïnformeerd naar voedings- en rookgewoonten en alcohol- en dropgebruik (en eventuele wijzigingen daarin).

Met behulp van een persoonlijkheidstest (schriftelijke coping-test van de Vrije Universiteit) is gepoogd inzicht te verkrijgen in de mate waarin mensen autonoom kunnen reageren op problemen die zich aandienen; de resultaten bleken evenwel niet te evalueren.

RESULTATEN

Een resultaat in de zin van een beoordeling van de ene methode tegenover de andere bleek niet mogelijk. Wel kan op vele punten een vergelijking worden gemaakt. Zo bleek bijvoorbeeld de hoogte van de bloeddruk in de regulier behandelde groep sterker te dalen dan in de anthroposofische behandelde groep. Bij beide groepen traden echter even weinig onverantwoord hoge tensies op (> 120 mm diastolisch).

Wat betreft de risico-gewoonten: roken en koffiegebruik kwamen in de anthroposofische groep minder voor - dan wel daalden sterker. Overgewicht en drankgebruik daalden in de reguliere groep sterker.

In hoeverre de eigen verantwoordelijkheid werd aangesproken en welk effect dit had op de eigen werkzaamheid van de patiënt, (vanaf het begin dan wel in de loop van de behandeling) werd niet duidelijk. Wel gaven patiënten in de anthroposofische groep zichzelf een groter aandeel in de behandeling dan patiënten in de reguliere groep.

CONCLUSIE

In dit onderzoek is bevestigd hoe moeilijk het is om twee verschillende geneeskundige benaderingen met elkaar te vergelijken. Zelfs als het om zoiets eenvoudigs gaat als een bloeddrukwaarde, blijken uitgangspunten, verwachtingen, doelstelling, patiëntenpopulatie en andere dan strict medicamenteuze interventies zo'n grote invloed uit te oefenen, dat eenduidige conclusies onmogelijk zijn.

VERVOLGONDERZOEK

Als vraagstelling voor een vervolgonderzoek kan worden geformuleerd: 'Bestaat er een correlatie tussen de mate waarin een therapeutische relatie tussen huisartsen en hypertensiepatiënten anthroposofische elementen bevat en de hoogte van bloeddruk van deze hypertensiepatiënten?'

De patiënten zouden daartoe in risicocategorieën moeten worden verdeeld (non-risico ($x < 100$ mm diastolisch) licht risico ($100 < x < 120$) en hoog risico (> 120)). Gekeken zou moeten worden naar risicogedrag, stress-factoren en naar de mate van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Geanalyseerd zou moeten worden welke factoren onder invloed van de therapie verschuiven en wat de invloed daarvan is op de bloeddruk.

Wat betreft de opzet wordt gedacht aan 15 anthroposofische en 15 reguliere huisartsen, die ieder 15 patiënten inbrengen. Looptijd van een dergelijk onderzoek: 5 jaar.

LITTERATUUR

Sta92 van Staveren G, Witsenburg BC. Een anthroposofisch-geneeskundige benadering van hypertensie-patiënten: verslag van een voorstudie. Tijdschr voor Integrale Geneeskunde 1992; 2: 55-60.

Informatie
BC Witsenburg, arts
Prinsen Bolwerk 12
2011 MB Haarlem
tel 023 - 326469

BIJLAGE An.III

ARNICA MONTANA. EEN BIOLOGISCH. CHEMISCH EN MEDISCH ON-
DERZOEK NAAR DE IN HET WILD VOORKOMENDE EN DE GETEELDE
PLANT

ACHTERGROND

In de anthroposofische geneeskunde wordt gestreefd naar een, bij een anthroposofische diagnose passende, ratione-
le therapie. De ratio van een geneesmiddel wordt gevonden in het wezenlijke karakter, dat meer omvat dan de hoeveelheid van de inhoudsstoffen. In het geval van geneesplanten worden deze, met behulp van de fenomenologische methode, bestudeerd in hun natuurlijke omgeving en in hun ontwikkeling. De fenomenologische methode kan ook worden toegepast op de inhoudsstoffen van een plant. Het betreft hier een kenweg die nog grotendeels moet worden ontwikkeld.

De toenemende schaarste van in het wild voorkomende geneesplanten maakt teelt van deze planten noodzakelijk. De vraag is of geteelde planten even geschikt zijn als geneesplant als in het wild groeiende exemplaren.

DOELSTELLINGEN

Het ontwikkelen van een onderzoeksmethode die leidt tot inzicht in het karakter van een geneesplant, zodanig dat deze kan aansluiten bij een kwalitatieve type-diagnostiek zoals gehanteerd in de anthroposofische geneeskunde. Het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van

dierproefvrije onderzoeksmethoden.

Het ontwikkelen van een oordeel over verschillen tussen de wild-plant en de geteelde geneesplant.

VRAAGSTELLINGEN

- I: Het biologisch onderzoek: hoe is de natuurlijke omgeving van Arnica te karakteriseren, hoe ontwikkelt de plant zich in het wild en onder verschillende teeltomstandigheden?
- II: Het chemisch onderzoek: bestudering van de etherische olie van Arnica in een analytische en een fenomenologische benadering.
Analyse van sesquiterpeenlactonen in de wilde en de geteelde plant. Onderzoek naar de flavonoïden in de plant.
- III: Het medisch onderzoek: onderzoek naar de werking van Arnicagelei van geteelde planten bij geprovoceerde spierpijn. Karakterisering van de Arnica door een anthroposofische arts na fenomenologische waarnemingen.

RESULTATEN

Het onderzoek werd van 1986 tot 1989 uitgevoerd. De resultaten zijn uitvoerig beschreven in een onderzoeksverslag (Louis Bolk Instituut, juni 1989); hieronder volgt een samenvatting.

I: Het biologisch onderzoek

De biotoop van de in Nederland voorkomende Arnica is op of bij de heide, op plaatsen waar de schrale, gelaagde zandgrond iets verstoord is. In deze podzolbodems, waar normaliter rust heerst, ontstaat dan een regeneratiefase met een rijkere stofwisseling, om de situatie (arm, gelaagd, rust) te herstellen. Alleen in deze tientallen jaren durende, zeer specifieke situatie van verstoring/verrijking van de bodem komt Arnica voor. Dit gebeurt niet als een rijkere bodem verschaald wordt in natuurbeheer. Arnica 'kiest' dus nogal sub-

tiel voor haar plaats. Ze is gevoelig voor lucht- en bodemverontreiniging .

De individuele verschillen tussen planten zijn groot. Dit is ook op een teeltbed van een proef veld het geval. De individuele verschillen in grootte en vorm van de plant zijn veel groter dan de verschillen door variatie in de bodemvruchtbaarheid. Door teelt kan de ontwikkeling versneld worden. Vooral de vorming van zijspruiten wordt versterkt. De rhizomen zijn dan echter kort, waardoor Arnica-pollen ontstaan die in het tweede jaar massaal bloeien.

Beschouwing

De ontwikkeling van de planten wordt in het verslag uitgebreid beschreven. De eveneens noodzakelijke karakterisering of typering is nog te weinig uitgewerkt.

II Het chemisch onderzoek

De analytische benadering

De wortels van de Arnica bevatten veel geurige etherische olie. In de zomer van 1986, met zeer warm en droog weer, was het gehalte aan etherische olie in de wortel ruim twee keer zo hoog als in de natte en koude zomer van 1987. Het blad bevat heel weinig etherische olie, de bloem wat meer. Opvallend is dat het grote weersverschil tussen de twee genoemde jaren minder sterk doorwerkt in het oliegehalte van de bloem.

De verschillen tussen de herkomsten zijn kleiner dan die tussen twee jaren. In 1986 lijken de verschillen groot, maar bij meer uitvoerig onderzoek in het natte 1987 werden slechts geringe verschillen gevonden.

In de etherische olie is de hydroxylering nader kwalitatief bestudeerd. Hydroxylering is een verbrandingsproces, waarbij de etherische olie ' levensvriendelijker ' wordt. De stof wordt ontgift, beter oplosbaar in water en krijgt een minder indringende geur. Deze meer 'aardse' kwaliteit van de etherische olie vinden we relatief meer in de olie van de wor-

tel (veel thymohydrochin-deviraten). In bloem en blad is naar verhouding veel thymol aanwezig.

In de wortels van de planten uit de natuur blijken veel van de aardse, gehydroxyleerde vormen voor te komen. Bij de geteelde planten toont de samenstelling een tendens minder aards te worden. Tot zover het fenomenologisch onderzoek.

Een groep inhoudsstoffen die werden verondersteld een directe werking te hebben, zijn de sesquiterpeenlactonen. Deze zijn ontstekingsremmend en anti-arthritisch. Het gehalte van deze stoffen in de bloem is twee keer zo hoog als in het blad. In 1986 was het gehalte in de geteelde Arnica beduidend hoger, maar in 1987 was er geen verschil.

Ook flavonoïden gelden als een groep werkzame inhoudsstoffen. Deze hebben zeer uiteenlopende werkingen, waarvan de meest opvallende de werking op de capillairen is. In het onderzoek werden binnen een populatie zeer grote verschillen in gehalten aan flavonoïden gevonden. Deze verschillen bleken veel groter dan verschillen tussen varianten in herkomst. Dit komt overeen met hetgeen gevonden werd in de biologie van de plant, nl. grote individuele verschillen.

Tevens werd een nieuwe inhoudsstof geanalyseerd: de flavonoïde Patuletine-3-O-glucoside.

Beschouwing

De fenomenologische studie van de etherische olie van Arnica in vergelijking met andere etherische oliën en de bezinning omtrent ontstaansprocessen van etherische oliën sluit aan bij de nieuwe onderzoeksvormen waarnaar wordt gezocht. Een directe verbinding met de geneeskunde kan hier nog niet gelegd worden. Een stap op de weg naar die verbinding is hiermee wél gezet.

III: Het medisch onderzoek

De werking van Arnicagelei van geteelde planten is onderzocht bij groepen studenten die als proefpersonen optraden in een dubbelblind onderzoek met placebo-controle. Onge-

traineerde personen verrichtten een bepaalde trainingsarbeid, waardoor de spieren van een arm iets overbelast werden, wat spierpijn tot gevolg had.

Het herstel van de spieren, inclusief de pijn, is een proces dat ongeveer een week duurt. Onderzocht werd of en hoe toediening van Arnicapreparaten dit herstelproces versnelde. Eerder verricht onderzoek had aangetoond dat bij inwendig gebruik vooral D3 en D4 potenties een herstel- of genezingsbevorderend effect hadden (Hil189). Ditzelfde kon ook, ten dele significant, worden aangetoond bij een uitwendige behandeling met Arnica gelei. In het onderzoek werd tevens duidelijk dat een constitutiefactor van proefpersonen, in dit geval het polsademquotient, een belangrijke invloed heeft op het regeneratievermogen bij een trauma als spierbeschadiging.

Beschouwing

Het 'spierpijn-model' levert een meer natuurwetenschappelijk georiënteerde methode voor onderzoek naar de werking voor Arnicapreparaten. Voor de dierproefbestrijders is de gehanteerde onderzoeksmethode bij de spierpijn-proefopstelling interessant, omdat in plaats van een onderzoek naar pijnbestrijding bij proefdieren, de subjectieve pijnbeleving van de proefpersonen mede (gekwantificeerd) werd onderzocht.

Naast onderzoek in deze kunstmatig gecreëerde situatie, dient onderzoek te worden opgezet naar de werkzaamheid van Arnica van verschillende herkomsten (teelt versus wild) bij concreet optredende ziektesituaties waarin artsen kiezen voor Arnica als medicament. Dit zal in een uitvoerig en meerjarig onderzoek in de huisartsenpraktijk moeten gebeuren. Hieraan dient in ieder geval in een uitgebreid literatuuronderzoek naar Arnica en haar gebruik in de anthroposofische en homeopathische geneeskunde vooraf te gaan.

Karakterisering door een arts

In het onderzoeksverslag zijn tekeningen en waarnemingsnotities opgenomen waaruit men kan zien hoe een arts op fenomenologische wijze geneesplanten kan bestuderen. Tevens is

een aanzet gegeven tot een karakterisering in begrippen, waar mee een brug van plant naar mens zou kunnen worden geslagen.

Ook in deze bijdrage is de karakterisering nog te weinig intensief doorgewerkt. De waarnemingen en tekeningen die men nog meer van subjectief naar objectief te worden omgewerkt.

SLOTBESCHOUWING

Het ideaal van een inzichtelijke koppeling van het wezen van de geneesplant Arnica met ziekten met een specifieke ziektedynamiek werd in deze eerste fase niet bereikt. Naar zo een koppeling wordt in de anthroposofische geneeskunde uiteindelijk gestreefd.

Voor een volgende fase van het onderzoek aan Arnica lijkt het aan de orde, juist aan het omschrijven van de 'karakteristiek', het typische, van zowel plant als ziektebeelden, veel intensiever dan in de voorgaande fase te werken. In deze volgende onderzoeksfase zullen, in nauwe samenspraak en uitwisseling in twee verschillende gebieden, namelijk de biologie en de geneeskunde, twee sporen moeten worden getrokken, met de verwachting dat deze sporen zich naar elkaar toe zullen gaan bewegen.

Aan een onderzoeksprotocol voor een dergelijk vervolgonderzoek wordt gewerkt.

LITTERATUUR

Hil189 Hildebrandt G, Eltze Ch. Over de werkzaamheid van verschillende potenties van arnica bij experimenteel opgewekte spierpijn. Ned Tijdschr voor Integrale Geneeskunde 1989; 28: 245-9.

Informatie

Mevrouw MAS Huber, arts
Louis Bolk Instituut
Hoofdstraat 24 3972 LA
Driebergen Tel 03438 -
17814

BIJLAGE An.IV

VOORKOMEN VAN RACHITIS IN ANTHROPOSOFISCHE HUISARTS-
PRAKTIJKEN

VRAAGSTELLING

Komt rachitis voor in anthroposofische huisartspraktijken; zo ja, hoe vaak en hoe ernstig? Is het mogelijk om een risicogroep aan te geven? Is het mogelijk het anthroposofische beeld van rachitis helderder te krijgen?

ACHTERGROND

In anthroposofische huisartspraktijken is het ongebruikelijk routinematig vitamine D als rachitis-profylaxe voor te schrijven. Veelal gebruikt men hiertoe anthroposofische middelen; vitamine D wordt selectief gegeven. Dit omdat het standaard gebruik van vitamine D, gezien de verhardende, verouderende werking daarvan op het kinderlijke organisme, vanuit de anthroposofische visie met zorg wordt gezien. Als gevolg van dit beleid blijkt af en toe rachitis op te treden. In eigen kring ontstond de vraag naar de frequentie daarvan en naar een wijze om dit te voorkomen. De vraag rees of het terughoudende beleid van de anthroposofische artsen gerechtvaardigd is, enerzijds vanuit de effectiviteit van de anthroposofische rachitis-profylaxe, anderzijds vanuit een juist beeld van de ziekte rachitis.

METHODEN

Een descriptief en prospectief onderzoek bij aangemelde kinderen in anthroposofische huisarts- of CB-controle uit de jaargang oktober '88 - oktober '89. Als criterium voor rachitis is de polsfoto genomen. Litteratuurstudie en werkgroep over het reguliere en anthroposofische beeld van rachitis.

DUUR VAN HET ONDERZOEK

Augustus '88-voorjaar '92.

Het onderzoeksverslag werd begin 1993 aan de subsidiegever (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) aangeboden. De conclusies (hoofdstuk 7A) zijn met toestemming van de onderzoekers op de volgende pagina's overgenomen.

ONDERZOEKERS

L Grijns, arts en S Steenhuizen, arts, i.s.m. C Post Uiterweer, huisarts, A Meuwese-Jongejeugd, kinderarts en EP Schoorel, kinderarts.

Het onderzoek werd begeleid vanuit het Louis Bolk Instituut te Driebergen.

HET RACHITIS ONDERZOEK

1988-1992

Eindrapport over een onderzoek naar het voorkomen van rachitis in antroposofische huisartsenpraktijken in de periode 1988-1992.

Opzet: Stichting Antroposofisch Medisch Onderzoek.
Verwerking: Lodewijk Grijns en Sicco Steenhuisen,
Louis Bolk Instituut Driebergen. Financier:
Ministerie van W.V.C.

*Het vóórkomen van rachitis in antroposofische huisartsenpraktijken.

*Kenmerken van de kinderen met rachitis.

*Handelswijze van antroposofische artsen bij preventie, diagnostiek en therapie van rachitis,

*Het antroposofisch beeld van rachitis.

*Conclusies en aanbevelingen.

1992

Hoofdstuk 7 A. Conclusies.

Algemene opmerkingen:

De onderzoeksresultaten hebben betrekking op een populatie die afwijkt van de populatie van reguliere huisartsen praktijken. Het is dan ook niet mogelijk de onderzoeksresultaten te generaliseren. Van de totale 203 in het onderzoek opgenomen kinderen, zijn röntgenfoto's gemaakt bij 162 kinderen. De analyse wat betreft incidentie en ernst van rachitis, aanwezigheid van risicofactoren, symptomatologie, etc. heeft slechts betrekking op deze 162 kinderen. Het lijkt aannemelijk deze onderzoeksresultaten te mogen generaliseren naar de antroposofische (huis-)artsenpraktijk.

Binnen deze beperkingen veronderstelden de onderzoekers de opzet als betrouwbaar en valide. Niet nader geanalyseerd, maar wel mogelijk van invloed waren: de ernst van de winter, de bias v.d. extra aandacht bij de huisartsen, de radiologen en de ouders.

Wij kozen voor de röntgenfoto als objectieve diagnostische methode. De discrepantie tussen de radiologische en de klinische diagnose maakt een discussie noodzakelijk over de ernst van de diagnose subklinische radiologische rachitis. Uit de literatuur is niet bekend waar en wanneer een subklinische rachitis overgaat in een klinische, en m.n. niet wanneer de gevaarlijke complicaties gaan optreden. Het was een onderzoeksvraag van het onderhavige onderzoek om hier meer inzicht in te ontwikkelen. Bij de 15, door ons gediagnostiseerde, kinderen was er in geen enkel geval sprake van een klinische vorm en uiteraard dus ook niet van gevaarlijke complicaties. Dat vóór het onderzoek wel, tijdens het onderzoek geen klinische rachitis is vastgesteld, heeft mogelijk te maken met de extra veel aandacht voor het onderwerp en de tijdens het onderzoek ingestelde maandelijks controles in de winter. Doel van het onderzoek was:

- A. Het beantwoorden van de volgende vragen:
1. Hoeveel kinderen kregen in de onderzoeksperiode rachitis?
 2. Hoe is de diagnose over de groep groothoofdigen verdeeld?
 3. Zijn er kinderen die meer dan gemiddeld neigen tot rachitis en zijn er vroege symptomen te onderkennen?
 4. Is er een relatie van rachitis met andere gegevens, betreffende voeding, geneesmiddelen, zonlichtexpositie en gezondheidstoestand?
- B. Het beschrijven van de handelwijze van anthroposofisch werkende artsen ten aanzien van rachitis en rachitisprofylaxe.
- C. Een bijdrage te leveren aan het anthroposofisch beeld van rachitis.
- D. Het formuleren van aanbevelingen voor anthroposofisch werkende artsen t.a.v. rachitisprofylaxe.

Eindconclusies rachitisonderzoek.

1. Met het tijdens het onderzoek gehanteerde beleid werden geen klinische vormen van rachitis gezien bij deze groep van 162 kinderen.
2. Bij 15 van de 162 kinderen (9,4%) was er sprake van lichte (12 kinderen), of ernstige (3 kinderen) radiologische rachitis (resp. 7,5% en 1,9%). Het tijdens het onderzoek gehanteerde beleid voorkwam geen röntgenafwijkingen.
3. Kliniek en radiologie bij rachitis dekken elkaar niet.
4. Het van Wiechenschema heeft niet bijgedragen aan de vroegdiagnostiek.
5. De overeenkomst tussen enerzijds de beoordelingen van de perifere radiologen en anderzijds die van de drie kinderradiologen was gering. De overeenkomst tussen de beoordelingen van de drie gespecialiseerde kinderradiologen was groot.
6. Groothoofdigheid was in dit onderzoek gerelateerd aan rachitis, maar dit bleek niet statistisch significant te zijn.
7. Er bestond geen aantoonbare relatie tussen rachitis en de voeding.
8. De relatie tussen rachitis en geringe zonlichtexpositie wordt in dit onderzoek ondersteund.
9. De huisartsen hebben de diagnose rachitis niet gesteld. Terugkijkend hadden sommige kinderen die rachitis op de röntgenfoto hadden, vroege symptomen die echter niet kenmerkend waren voor rachitis.
10. Anthroposofische medicatie kon rachitis niet in alle gevallen voorkomen.
11. De handelwijze van anthroposofische huisartsen is heteroog wat betreft het beleid t.a.v. de preventie van rachitis. In enigerlei vorm heeft 33% van de kinderen kortere of langere tijd vitamine-D gehad.
12. De anthroposofische visie op rachitis levert een bijdrage aan het inzicht in het wezen van de ziekte rachitis, hoe zonlicht de botstofwisseling beïnvloedt.

BI. Uitgangspunten.

Op grond van de onderzoeksresultaten kunnen aanbevelingen worden gedaan aan artsen die op anthroposofische wijze rachitische preventie verzorgen. Bij het formuleren hebben wij de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Uit de literatuur zijn ons geen zekere gegevens bekend die erop wijzen dat een subklinische rachitis op korte of lange termijn ernstige en/of blijvende schade toebrengt aan het kind.
- klinische vormen van rachitis en complicaties dienen te worden vermeden.
- de anthroposofische geneeskunde vormt een eigen medisch paradigma dat een aanvulling vormt op het natuurwetenschappelijke. Zij heeft een gefundeerde visie op het rachitis-probleem, vanuit een opvatting die verwant is aan de fenomenologie. Dit rechtvaardigt het doen van aanbevelingen die zoveel

mogelijk beide paradigmata respecteren.

62

B2. Aanbevelingen.

1. Op grond van dit onderzoek zijn er geen dwingende redenen om het tijdens het onderzoek gevoerde beleid te veranderen. Dit beleid, w.o. een intensievere controle dan voorheen veelal gebruikelijk en zonder het geven van routinematig vit.D., is een verantwoorde wijze van handelen.
2. Anthroposofische artsen dienen zich te realiseren dat er zich een radiologische rachitis kan ontwikkelen zonder kenmerkende rachitis symptomen.
3. Bij verdenking op rachitis dienen huisartsen sneller verdere diagnostiek te laten verrichten dan tot nu toe gebruikelijk.
4. Preventie en therapie dienen gezocht te worden in:
 - a. het zonlicht. (De ouders manen tot een grotere zonlicht expositie.)
 - b. anthroposofische medicatie (met in achtneming van aanbeveling 3.)
 - c. vitamine D.
5. Vitamine D dient ernstig overwogen te worden bij risico kinderen: kinderen, die te weinig buiten komen, veel ziek zijn of een donkere huidskleur hebben.

B3. Aanbevelingen voor verder onderzoek.

Een vervolgonderzoek naar de gebitsstatus van de kinderen in hun 7e levensjaar wordt aanbevolen, omdat een defect van het emaille van het blijvende gebit één van de complicaties van rachitis is.

BIJLAGE An.V

OPZET VOOR EEN ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN DE
BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET EEN ZWAKKE NIERSTRALING

Deze onderzoeksopzet betreft een voorbeeld van een 'type-onderzoek', waarbij de type-diagnose 'zwakke nierstraling' even goed door een andere type-diagnose vervangen kan worden. Het onderzoek is tot op heden niet uitgevoerd.

ACHTERGROND

De diagnose 'zwakke nierstraling' wordt in de anthroposofische geneeskunde gesteld wanneer zich een symptomencomplex voordoet dat een bepaalde karakteristiek vertoont, een bepaald type vertegenwoordigt. Een onderdeel van dit symptomencomplex is moeheid waar geen andere bekende oorzaak of verklaring voor is. Bij deze diagnose zijn in de anthroposofische geneeskunde verschillende therapeutische mogelijkheden bekend, die onderling vergeleken zouden kunnen worden.

DOELSTELLING

Het ontwikkelen van een type-diagnostiek die intersubjectief is en het vaststellen van parameters om een behandeling te evalueren, als voorwaarde voor een vergelijkend onderzoek naar het effect van verschillende anthroposofische behandelwijzen.

OPZET VAN HET ONDERZOEK

Met behulp van interviews het beeld van zwakke nierstraling, zoals dit gehanteerd wordt door anthroposofische artsen, omschrijven.

In een werkgroep van in het onderwerp geïnteresseerde anthroposofische artsen vaststellen van parameters voor het type waarbij de diagnose zwakke nierstraling wordt gesteld. Vervolgens vaststellen van uitsluitingscriteria; Vaststellen van parameters voor de evaluatie van de behandeling zowel voor de arts als voor de patiënt.

Ontwerpen van vragenlijsten waarmee de behandeling kan worden geëvalueerd.

Feitelijk onderzoek in een aantal huisartspraktijken naar de resultaten van een antroposofische behandeling van patiënten bij wie de diagnose zwakke nierstraling is gesteld. De keuze van de therapie staat de arts vrij, maar dient precies omschreven te worden.

Evaluatie van de gegevens, vergelijking van verschillende behandelingen. Verslaglegging.

DUUR VAN EEN DERGELIJK ONDERZOEK:

Naar schatting 3 jaar (één onderzoeker en ongeveer 8 huisartsen) .

Informatie:

Mevrouw MAS Huber, arts
Louis Bolk Instituut
Hoofdstraat 24 3972 LA
Driebergen Tel 03438 -
17814

BIJLAGE An.VI

GRONDSLAGENONDERZOEK ROND DE BLOEDKRISTALLISATIE

ACHTERGROND

De bloedkristallisatietest is een binnen de anthroposofische geneeskunde gehanteerde methode van bloedonderzoek, waarbij een mengsel van bloed en koperchloride tot uitkristalliseren wordt gebracht. Het kristalpatroon wordt door daartoe opgeleide beoordelaars op vooral kwantitatieve aspecten beoordeeld. Deze beeldaspecten worden geïnterpreteerd volgens het anthroposofisch mensbeeld.

DOELSTELLINGEN

Wetenschappelijke fundering van de bloedkristallisatiemethode, waarbij inbegrepen consensus-vorming ten aanzien van patiënten-type-diaanostiek.

VRAAGSTELLINGEN

- I: In hoeverre bestaat er intra- en intersubjectiviteit ten aanzien van algemene beeldcriteria bij bloedkristallisaties? Is consensus mogelijk ten aanzien van de anthroposofische diagnoses hysterie en neurasthenie op basis van het bloedkristallisatiebeeld?
- II: In hoeverre bestaat er intersubjectiviteit bij patiëntwaarnemingen ten aanzien van de diagnoses hysterie en neurasthenie?

III: In hoeverre correleren bloedkristallisatie en patiëntwaarneming bij de diagnosen hysterie en neurasthenie?

METHODE

Met behulp van 'open' vragenlijsten worden veel gehanteerde (veelal kwalitatieve) criteria opgespoord, zowel bij de bloedkristallisatiebeoordelingen als bij de patiëntwaarnemingen. Ten aanzien van deze criteria worden begripsdefinities vastgesteld.

Met deze begripsdefinities worden 'gesloten' vragenlijsten met beoordelingsschalen van 1-10 per begrip ontworpen. Deze vragenlijsten worden geanalyseerd, onder andere met de Wilcoxon-test.

DUUR

Met deel I werd gestart in 1988, met deel II werd gestart in 1989. Deel III zal vermoedelijk aanvangen medio 1991 en eindigen in 1992.

ONDERZOEKERS

Aan deel I werken de aanvankelijk 4 en later 5 bloedkristallisatiebeoordelaars (onder wie 3 artsen) van het Louis Bolk Instituut. Aan deel II werken naast deze onderzoekers nog 2 andere zeer ervaren anthroposofische artsen mee. Het onderzoek wordt methodisch begeleid vanuit de SAMO.

LITTERATUUR

Amo88 Amons F. De goetheanistische fenomenologie en haar toepassing op de zogenaamde koperchloride-kristallisatietest. Ned Tijdschr voor Integrale Geneeskunde 1988; 4 (21): 331-7.

Informatie

Mevrouw MAS Huber, arts
Louis Bolk Instituut
Hoofdstraat 24 3972 LA
Driebergen Tel 03438 -
17814

BIJLAGE An.VII

COMPLICATIES VAN MAZELEN IN ANTHROPOSOFISCHE HUIS-
ARTSPRAKTIJKEN

VRAAGSTELLING

Welke zijn de complicaties van mazelen in anthroposofische huisartspraktijken, hoe vaak treden ze op, zijn er predisponerende factoren aan te wijzen?

ACHTERGROND

In de winter '87-'88 trad een mazelenepidemie op in Nederland. Hieraan is in de pers vrij veel aandacht besteed. Ondersteund door de Geneeskundige Inspectie was de toon nogal eens beschuldigend jegens de ouders die hun kinderen niet lieten inenten. Er ontstond van de mazelen een ernstig beeld. Om een beter inzicht te krijgen in deze vermeende ernst werd een onderzoek gepland. De bedoeling was om op grond daarvan met feiten in plaats van vermoedens te komen. In eigen kring bestond eveneens de behoefte om het oordeel over mazelen als een 'onschuldige kinderzieke' te herwaarderen. Daarvoor ontbraken de gegevens. Tenslotte was het de wens om gegevens van ouders te verzamelen over hun ervaringen met de mazelen van hun kind.

METHODE

Schriftelijke enquête onder ouders van mazelen-kinderen die via de (anthroposofische) huisarts of de (an-

throposofische) schoolarts werden opgespoord,
Litteratuuronderzoek.

DUUR VAN HET ONDERZOEK
Januari '88 - juli '90.

ONDERZOEKERS
Mw M Kiene; EP Schoorel, kinderarts.

RESULTATEN

Het onderzoek is afgerond. Mw Kiene heeft een groot deel van de gegevens in een doctoraalscriptie verwerkt die in april '90 gereed is gekomen. Het verslag is in maart 1991 uitgebracht. De conclusie en de aanbevelingen daaruit zijn met toestemming van de onderzoekers op de volgende pagina overgenomen.

Informatie:
Mw M Kiene J
Ramaerstraat 3-II
1065 GA Amsterdam
tel 020-142734

MAZELLE Mⁿ

- * litteratuurstudie over mazelen en intenten ertegen.
- * onderzoek naar de complicaties in de epidemie van '87-'88.
- * immunologie van mazelen.
- * anthroposofische gezichtspunten

WERKVERSLAG VAN EEN ONDERZOEK IN OPDRACHT VAN DE STICHTING
ANTHROPOSOFISCH MEDISCH ONDERZOEK DOOR MENA KIENE EN EDMOND
SCHOOREL.

maart 1991.

HOOFDSTUK VIII. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN.

Het onderzoek waarvan het verslag in de eerdere hoofdstukken is afgedrukt, heeft voor de onderzoekers de mazelen als kinderziekte voor het voetlicht gesteld. Zij hopen dat dat een bijdrage is om voor meer mensen de mazelen zichtbaar te maken. Mondiaal gezien is mazelen een gevaarlijke ziekte: in grote delen van de wereld sterven veel kinderen aan de complicaties van een mazeleninfectie. Dat mazelen in deze gevallen de oorzaak is van het overlijden is daarmee niet gezegd. Het is geenszins uitgesloten dat de achterliggende oorzaak is gelegen in de voedingstoestand, de hygiënische toestand, in een deficiënte afweer of in nog andere factoren.

In de westerse wereld is mazelen geen gevaarlijke ziekte. De mortaliteit is gering en het risico van schade t.g.v. de complicaties eveneens. Het is vergelijkbaar met het risico van verkeersdeelname, hetgeen maatschappelijk geaccepteerd is. Ook in ons kleine onderzoek blijken er bij bijna alle kinderen geen grote problemen op te treden.

In grote lijnen is het risico op complicaties bij ons vergelijkbaar met wat in eerder onderzoek gevonden is. Neurologisch ernstige complicaties en mortaliteit kwamen bij ons niet voor. De patientengroep is een geselecteerde: de attitude tegenover het doormaken van de mazelen was positief; de verzorging door de ouders en de huisarts was meestal goed.

De ziekteperiode is daarmee voor opvallend veel mensen een positieve ervaring geweest.

Op de achtergrond van de door ons beschreven epidemie stond de krachtige taal die van officiële zijde werd gesproken tegen mensen die hun kinderen niet laten inenten. Wij menen in hoofdstuk VII te hebben aangetoond dat het wel of niet inenten een kwestie is van keuzes maken vanuit een mens- en wereldbeschouwing. Niet van dwang, met andere woorden.

Aanbevelenswaard vinden wij het verder bewerken van de gegevens uit onze enquête over het beleven van de ziekteperiode. Als van het doormaken van mazelen kan worden onderzocht of het een bijdrage levert aan de ontwikkeling van een kind, zou dat een belangrijke bijdrage zijn aan het rationaliseren van de discussie daarover. Daartoe moet een prospectieve studie worden opgezet.

Een tweede belangrijk onderzoeksthema is de rol van het mazelenexantheem in het kwantitatief en kwalitatief goed tot stand komen van de immuniteit. Dit kan belangrijke consequenties hebben in het kader van een mogelijke preventieve werking van mazelen ten opzichte van ziektes op latere leeftijd. Als derde is het ons inziens noodzakelijk om vanuit het anthroposofische mensbeeld verder uit te werken wat precies de bijdrage van mazelen aan de ontwikkeling is. Als dat ook van de andere kinderziekten gebeurd is, wordt het mogelijk om op pedagogisch-therapeutisch terrein methoden te ontwikkelen om de ontwikkelingsbijdrage van mazelen (en van de andere kinderziekten) te vervangen. Daarmee zou een werkelijk alternatief voor het inenten zijn gegeven.

BIJLAGE An.VIIIASTHMA-BEHANDELING BIJ KINDEREN IN ANTHROPOSOFISCHE
HUISARTSPRAKTIJKEN

VRAAGSTELLING

Kan de anthroposofische behandeling een vervanging zijn van de reguliere behandeling van asthma?

ACHTERGROND

De indruk bestaat bij anthroposofische artsen dat de behandeling van asthma bij kinderen een dankbaar gebied is in de anthroposofische geneeskunst. Door het inzetten van vooral uitwendige behandelingen (compressen, wikkels, massage, baden) en anthroposofische medicamenten lijkt het vaak mogelijk om kinderen effectief te behandelen met duurzaam resultaat.

Reguliere medicamenten zijn daarbij slechts kortdurend, in geringe hoeveelheid of helemaal niet nodig. Aangezien de bijwerkingen van de reguliere medicatie aanzienlijk kunnen zijn (hartkloppingen, onrust, beverigheid, nachtmerries, slaapstoornissen, sufheid) is het interessant om te onderzoeken of de indruk van anthroposofische artsen kan worden bevestigd.

METHODE

Inventariserend vooronderzoek door middel van een vragenlijst aan alle anthroposofische huisartsen. Op grond van de

daaruit verkregen gegevens een vergelijkend onderzoek betreffende de behandeling van asthmapatiënten in een antroposofische en in een reguliere huisartspraktijk en/of een beschrijvend kwaliteitsonderzoek, waarin nauwkeurig het wat, hoe en waarom van een therapie onderzocht kan worden, met een nauwkeurige notatie met het oog op onderpool of bovenpool. Hierbij zou met name de antroposofische besluitvorming worden belicht.

ONDERZOEKERS

Vooronderzoek: Mw T Smit, doctoraal studente, in samenwerking met EP Schoorel, kinderarts.

STAND VAN ZAKEN:

Het vooronderzoek is afgerond. Een verslag is gepubliceerd in het Tijdschrift voor Integrale Geneeskunde van maart 1993. Met toestemming van de auteurs zijn daaraan onderstaande 'Samenvatting', 'Beschouwing' en literatuuropgave ontleend.

Behandeling van astma bij kinderen in antroposofische huisartspraktijken; een

T.H. Smit en E.P. Schoorel

Samenvatting.

la deze pilot-studie onder 41 antroposofische huisartsen is een inventarisatie gemaakt van het gebruikte begrippenkader in de behandeling van astma bij kinderen en de daaruit resulterende therapie. Behandeling van astma bestond in de meeste gevallen uit de combinatie van reguliere en antroposofische medicamenten aangevuld met andere antroposofische therapieën. Antroposofische therapie bleek in de behandeling van het chronisch stadium van astma een belangrijke plaats in te nemen. De reguliere therapie kon daardoor ten dele vervangen worden. In het acute stadium was dit veel minder vaak mogelijk. Het antroposofische begrippenkader van de drie-geleedheid en de daarvan afgeleide typologie bovenpools- en onderpools astma bleek werkzaam te zijn. Verwijzing naar een specialist vond bij minder dan een derde van de behandelde kinderen plaats.

Beschouwing

Een typologie die door antroposofische artsen in omgang met isona vaak gebruikt wordt is die van de drie-geleedheid van het menselijk organisme. In de enquête is deze typologie als uitgangspunt gekozen. Bij de antwoorden komen ook enkele opmerkingen naar voren die ontleend zijn aan andere typologieën. In dit verslag zal hier niet nader op worden ingegaan.

indien ofwel de bovenpool, ofwel de onderpool de overhand krijgt treedt ziekte op, namelijk bovenpools- en onderpools- ziekten met alle tussenvormen. In het geval van astma komt dit op het volgende neer het bovenpools-astmatype vertoont de spastische vorm van astma: de aard van het centraal zenuwstelsel komt tot uitdrukking in de relatieve onbeweeglijkheid, het geringe regeneratievermogen en 'doodsheid'. De 'zenuwachtige' waarnemingen worden primair teruggevonden in een sterk spastische ademhaling met taai slijm, dat de neiging vertoont te verharden (Charcot-Leyden kristallen). De borstkas wordt vatvormig en stijf. (1,2,3,5,6,15) Het kind zelf is erg op de zintuigen gericht (bijvoorbeeld ruikt sterk, ziet en hoort veel van wat er in zijn omgeving gebeurt). Het zijn de 'waarnemers' te noemen. Daar tegenover staat het onderpools astmatype met de exudatieve vorm van astma: de functie van de onderpool is afbraak van voedsel en opbouw van lichaamseⁿ substanties. Er mag geen rust heersen zoals in de bovenpool. Stofwisseling en beweging worden in de onderpools astma primair terug gevonden als overmatige slijmproductie in reactie op prikkels van buiten (bijvoorbeeld voeding, allergenen in de lucht, angst), waarbij het slijm minder taai is dan bij bovenpools astma. De kinderen zijn de 'doeners' in tegenstelling tot de 'waarnemers' van de bovnpool. Ze zijn beweeglijk maar niet zenuwachtig, eerder ahtief

'zonder hun hoofd te gebruiken'.

Overigens moe, ,'.vorden dat een kind niet altijd in
éér' •• flc •• • * le herkennen is. (4,7,14,15)

Uit de resultaten komt het volgende naar voren: De gecombineerde therapie bij astma, dat wil zeggen regulier en antroposofisch, werd zowel in de acute als de chronische situatie het meest frequent toegepast (tabel 1). Behandeling met uitsluitend antroposofische therapie vond ruim twee maal zo vaak plaats in de chronische situatie als in de acute situatie.

Dit laat tabel 5 eveneens zien: Bij de behandeling van meer dan 80% van de astma patiëntengroep kan 17% van de respondenten in de acute en 38% in de chronische situatie volstaan met antroposofische middelen. In het huidige onderzoek kunnen voor dit verschil geen verklaringen, wel mogelijke aanwijzingen, gevonden worden. Zo blijkt dat de ontstekingscomponent van onderpools astma goed en de chronische spastische component van bovenpools astma minder goed te behandelen zou zijn. Het zou interessant zijn te onderzoeken hoe de verdeling onderpool/bovenpool opgebouwd is in de bovengenoemde 17% en 38% van de respondenten. Met andere woorden: is er een wezenlijk verschil in de behandeling en de behandelings-resultaten van beide astmavormen in de acute c.q. chronische situatie? Uit tabel 2 wordt duidelijk dat de keuze van reguliere geneesmiddelen zowel in de acute als in de chronische situatie beperkt is tot drie middelen, welke veel voorgeschreven werden.

Voor de antroposofische geneesmiddelen geldt, dat in de acute situatie meerdere middelen frequent voorgeschreven worden, terwijl in de chronische situatie een duidelijke voorkeur voor drie middelen bestaat. Om de oorzaak van dit verschil duidelijker te krijgen, zou het interessant zijn in het vervolgonderzoek te exploreren welke middelen (of combinaties), in welke vorm, in welke situatie en met welk resultaat worden toegepast.

Met betrekking tot de groep anderssoortige behandelingen hebben de onderzoekers besloten deze groep buiten het vervolgonderzoek te laten. Het gebruik ervan bleek gering. Overigens is door verschillende respondenten terecht opgemerkt dat het onderscheid tussen homeopathische en antroposofische middelen vaak niet duidelijk en zinvol is.

Literatuur

- 1 Ahlborn, B. *Zum Bild des Asthma bronchiale. In: Der Heilmittelbegriff bei RudolfSteiner. Referate der Tagung 1980 der Antroposofischen Pharmazeutischen Arbeitsgemeinschaft. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart. p 119-122.*
- 2 Brettschneider, H. *Die anthroposofische Therapieregeln, dargestellt am Beispiel des Asthmatischen bronchitis. In: Der Heilmittelbegriff bei RudolfSteiner. Referate der Tagung 1980 der Anthroposofischen Pharmazeutischen Arbeitsgemeinschaft. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart. p 134-156.*
- 3 Bühler, W. *Der Leib als Instrument der Seele. in Gesundheit und Krankheit. 9e druk 1955, Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart.*
- 4 Gessier, A. *Die Atmung als Phänomen der Crème. Grundlage und Verständnis vom Pathophysiologie und Therapie van Almonskrankheiten. Der Merkurstab, Beiträge zu einer Erweiterung der Heilkunst 1973, nr1, p 13-26.*
- 5 Husemann, F., Wolff, O. *Das Bild des Menschen als Grundlage der Heilkunst: Entwurf einer geisteswissenschaftlich orientierten Medizin. 9e druk 1986, Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart.*
- 6 Holzapfel, W. *Im Kraftfeld der Organe. 1e druk 1989, Verlag am Goetheanum, Dornach.*
- 7 Holzapfel, W. *Kinderen met ontwikkelingsproblemen. 1e druk 1989, Vrij Geestesleven, Zeist*
- 8 Knol, M.G.P. *Die Behandlung von Kindern mit Asthma und/oder Ekzem, Herdecke 1990.*
- 9 Matheis, R. *Heuschnupfen Asthma, psychosomatische Zusammenhänge und Behandlung. 1e druk 1985, Franz Ehrenwirth Verlag, München.*
- 10 Pelikan, W. *Heilpflanzenkunde. 1e druk 1962, Philosophisch-Anthroposophischer Verlag am Goetheanum, Dornach.*
- 11 Porter, R., Birch J. *Identification of asthma. Ciba Foundation Study group nr 38, Churchill Livingstone, Edinburgh and London 1971. p 13-34.*
- 12 Soeder, R. *Einen Krankenbiographie zum Asthma bronchiale. In: Der Heilmittelbegriff bei RudolfSteiner. Referate der Tagung 1980 der Anthroposofischen Pharmazeutischen Arbeitsgemeinschaft. Verlag Freies Geistesleben. Stuttgart. p 123-133.*

Bij de therapievormen waar de praktijken de beschikking over hebben vormen de heileuritmie, ritmische massage, muziektherapie en wikkels/pakkingen de vier meest toegepaste therapieën (tabel 3). Interessant zou zijn te onderzoeken of er sprake kan zijn van specifieke inzet in een specifieke situatie. Met andere woorden: Met welke therapie, en met welk onderdeel van de therapievorm, is welke astmapatiënt het meest geholpen? Het begrippenstelsel bovenpool/onderpool bij astma wordt door 66% van de respondenten gebruikt. Over het algemeen kwamen de omschreven kenmerken overeen. Opvallend was dat voor bovenpools astma meer kenmerken werden genoemd dan voor onderpools astma. Dit zou mogelijk kunnen samenhangen met het gegeven dat bovenpools astma 1,5 maal vaker voorkomt dan onderpools astma. De kenmerken zouden in het vervolgonderzoek nauwkeuriger bepaald kunnen worden, evenals de consequenties voor de behandeling. Tabel 4 geeft enkele instrumenten in handen, die in het vervolgonderzoek in nauwkeuriger omschreven vorm als criteria voor de beoordeling van de behandeling zouden kunnen dienen.

De goede en minder goede resultaten van de antroposofische behandeling worden toegeschreven aan zeer verschillende onderdelen van de totale behandeling van astma, en enkele onderdelen weiden zowel bij de één als bij de ander genoemd. Blijkbaar was voor de ene arts een onderdeel problematisch, wat voor de andere zinvol was. Er kan nader onderzocht worden wat precies met elk onderdeel bedoeld wordt.

Verwijzing naar een specialist bleef voor alle respondenten onder 30% van de totale populatie astmakinderen per praktijk. Verwijzing vond voornamelijk plaats bij exacerbaties, op verzoek van ouders en bij onvoldoende reactie op therapie. Verwijzing met het doel van allergologische screening vond nauwelijks plaats (tabel 6).

- 13 Steiner, R. *Von Seelenratseln*. 5e druk 1983, Rudolf Steiner Verlag, Dornach.
- 14 Steiner, R. *Theosophie*. 30e druk 1978, Rudolf Steiner Verlag, Dornach.
- 15 Steiner, R. *Zur Asthmabehandlung. Geisteswissenschaftliche Gesichtspunkte zur Therapie 18-04-1921*, Rudolf Steiner Verlag, Dornach.
- 16 Steiner, R. *Katzenasthma und Asthma durch Buchweizen. Vom Leben des Menschen und der Erde 10-04-1923*, Rudolf Steiner Verlag, Dornach.

- 17 Stel, A vd, Schoorel, E. *Dokter wat ik nog vragen wou*. 1e druk 1991 Christofoor.
- 18 Suchantke, G. *Ergebnisse und Erfahrungen in der Behandlung des Asthma bronchiale. Beiblatt der Zeitschrift Natura*, feb/mrt 1933, p 2-21.
- 19 Trechsel, K. *Asthma und Asthmatischer, ein Leitfaden für*

Tabel IA: De meest gebruikte behandelingsmethoden bij astmapatiënten tot in de leeftijd van 18 jaar naar frequentie van voorschrijvende artsen (n=36).

	artsen %	(n)
Alleen reguliere behandelingen	3	31 (D)
Alleen antroposofische behandeling	64	(11)
Gecombineerde behandeling (regulier en antroposofisch)	0	(24)
Anderssoortige behandeling		(0)
Totaal	100	(36)

Tabel IB: De meest gebruikte behandelingsmethoden bij astmapatiënten tot in de leeftijd van 18 jaar in de acute en chronische situatie naar frequentie van voorschrijvende artsen (n=36).

	acuut artsen % (n)	chronisch artsen % (n)
Alleen reguliere behandeling	H (4) 17	3 (D) 44
Alleen antroposofische behandeling	(6) 72	(16) 53
Gecombineerde behandeling (regulier en antroposofisch)	(26)	(19)
Totaal	100 (36)	100 (36)

Tabel 5: Percentages artsen die bij behandeling van astma in een acute respectievelijk chronische situatie kunnen volstaan met antroposofische middelen. De percentages zijn door de onderzoekers van tien schalen naar vijf schalen terug gebracht (n=34).

Patiëntenpopulatie behandeld met antroposofische middelen	acuut (%)	chronisch (%)
80-100	17	38
60-80	15	20
40-60	15	15
20-40	32	15
0-20	21	12

BIJLAGE An.IX

SAMENVATTING VAN HET BELEIDSPLAN VAN DE STICHTING
ANTHROPOSOFISCH MEDISCH ONDERZOEK /SAMO). MEI 1990

Vanuit de wens in eigen kring om het medisch werk te evalueren, te toetsen en te onderbouwen én vanuit vragen vanuit de samenleving naar 'bewijzen' van de anthroposofische geneeskunst, is in december 1987 de Stichting Anthroposofisch Medisch Onderzoek (SAMO) opgericht. In de afgelopen jaren is enige ervaring opgedaan met het hanteren van onderzoeksprotocollen, het (doen) functioneren van begeleidingscommissies en het aanvragen van subsidies. De behoefte werd gevoeld aan de inzet van meer professionele mankracht en know-how.

In het beleidsplan dat de Stichting Anthroposofisch Medisch Onderzoek in mei 1990 heeft opgesteld, werd duidelijk gemaakt dat de SAMO aanspreekbaar wil zijn voor de volgende onderwerpen:

- 1 Kennistheoretische onderbouwing van het anthroposofisch-medisch werk en van het onderzoek in de anthroposofische geneeskunde.
- 2 Validering van diagnostische procedures, zowel wat betreft laboratoriumbepalingen als wat betreft de hantering van kwalitatieve omschrijvingen zoals een type begrip.
- 3 Het toegankelijk maken van literatuur over de anthroposofische geneeskunde en het stimuleren tot publiceren (in de vorm van monografieën, onderzoeksverslagen, bronnenonderzoek, literatuurstudies).

- 4 Het onderzoeken en ontwikkelen van concepten voor anthroposofische geneesmiddelen en anthroposofische therapieën.
- 5 Onderzoek naar de werkzaamheid van anthroposofische behandelwijzen.
- 6 Het beoordelen van de bruikbaarheid van gangbare onderzoeksmethoden voor anthroposofisch-medisch onderzoek.
- 7 Het ontwikkelen van nieuwe, eigen onderzoeksmethoden.
- 8 Opleiding in onderzoeksmethoden.

In het verlengde van het werk van de huidige Stichting Anthroposofisch Medisch Onderzoek en naar de toekomst kijkend, ziet het bestuur van de SAMO een instituut voor onderzoek en ontwikkeling binnen een anthroposofisch-medische faculteit. Naast de wetenschappelijke ondersteuning van de anthroposofische geneeskunst en de verdere ontwikkeling daarvan, zou de scholing tot anthroposofisch arts een belangrijke activiteit van een dergelijke faculteit moeten zijn. Een anthroposofisch-medische faculteit als einddoel maakt oriëntering mogelijk voor de beleidskoers van de Stichting Anthroposofisch Medisch Onderzoek. Stappen die in die richting worden gezet, dienen de resultaten op te leveren die een toekomstige faculteit substantie verschaffen.

Als eerste stap ziet het bestuur van de Stichting Anthroposofisch Medisch Onderzoek het aanstellen van een part-time medewerker die voorwaarden kan scheppen en stimulerend kan werken voor die mensen, die werken aan de methodische kant, de praktische kant en de kennis-theoretische kant van anthroposofisch-medisch onderzoek.

De SAMO houdt sedert 1991 belangstellenden op de hoogte van de verschillende activiteiten met behulp van het twee maal per jaar verschijnende 'SAMO-Nieuws'.

Informatie:

Stichting Anthroposofisch Medisch Onderzoek
Secretaris: EP Schoorel, kinderarts p/a
Zeylmans van Emmichoven kliniek Postbus 44
3720 AK Bilthoven tel 030-289870

BIJLAGE XIII

RAPPORTAGE WERKGROEP HOMOEOPATHIE



Dr Cachet
Vincent van Gogh
Auvers, 1890

Bij de titelpagina:

Dr Paul Ferdinand Cachet was de homoeopathische arts die Vincent van Gogh de laatste dagen van diens leven behandelde. Van Gogh maakte twee portretten van Cachet. Op beide houdt hij, op eigen voorstel, een takje digitalis in zijn hand. Het hier afgebeelde schilderij maakt deel uit van een Japanse privé-collectie.

INHOUDSOPGAVECONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK
ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN HOMOEOPATHIE 637

VERANTWOORDING	639
1.1 De Werkgroep Homoeopathie	639
1.2 Vraagstelling	639
1.3 Activiteiten	639

INLEIDING HOMOEOPATHIE	641
2.1 Homoeopathie - een ervaringsmethode	641
2.2 Geneesmiddelen	644
2.3 Indicaties	644

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK HOMOEOPATHIE	646
3.1 Probleemstelling	646
3.2 De essentie van de homoeopathische methode	647
3.3 De effectiviteit van de homoeopathische behandelwijzen	647
3.4 Effectiviteitsonderzoek	647

LITTERATUUR 650

BIJLAGEN

H. I	DUBBELBLIND VERGELIJKEND ONDERZOEK NAAR DE EFFECTEN VAN HOMOEOPATHISCHE THERAPIE BIJ KINDEREN MET RECIDIVERENDE INFECTIES IN HET KNO-GEBIED	653
H. II	DUBBELBLIND VERGELIJKEND ONDERZOEK SYNDROOMVERSCHUIVEND VERMOGEN VAN HOMOEOPATHISCHE MIDDELEN	661

DOOR DE COMMISSIE BEOORDEELDE ONDERZOEKSVORSTELLEN:

H.III	DUBBELBLIND VERGELIJKEND ONDERZOEK NAAR HET EFFECT VAN EEN HOMOEOPATHISCHE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET (PROCTO)COLITIS	665
H.IV	DUBBELBLIND VERGELIJKEND ONDERZOEK MET PLACEBO CONTROLE NAAR HET EFFECT VAN EEN HOMOEOPATHISCHE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET FIBROMYALGIE	669
H.V	HOMOEOPATHISCHE GENEESMIDDELEN BIJ JEUGDIGEN MET WRATTEN	671

CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK
NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN HOMOEOPATHIE

Het is in principe mogelijk het effect van een homoeopathische behandelwijze te onderzoeken door middel van dubbelblind gerandomiseerd onderzoek met placebo-controle*.

Een cross-over onderzoek is minder geschikt vanwege de geclaimde lange nawerking van homoeopathische geneesmiddelen.

Het is noodzakelijk de methode als geheel te onderzoeken. Dit betekent dat de homoeopathische arts ook tijdens het onderzoek de vrijheid moet hebben zijn behandelwijze aan te passen aan de toestand van de patiënt, zoals hij dit gewoonlijk pleegt te doen ('black box' benadering).

De te toetsen hypothesen zijn de specifieke claims voor een succesvolle behandeling:

- a een ziekte kan worden genezen door toediening van een geneesmiddel dat bij een gezonde proefpersoon (tijdelijk) verschijnselen teweegbrengt die dezelfde zijn als de ziekteverschijnselen (simileprincipe)
- b de werking van homoeopathische geneesmiddelen neemt toe door potentiëren

Teneinde verwarring te voorkomen wijst de commissie er met nadruk op dat in de door de Werkgroep Homoeopathie gebruikte beoordelingen onder 'behandelwijze' wordt verstaan: het vinden en voorschrijven van het juiste homoeopathische geneesmiddel.

- c onder invloed van de homoeopathische behandeling zal het algemeen welbevinden van de patiënt verbeteren voordat de ziekteverschijnselen verdwijnen of gelijktijdig daarmee (wet van Hering)
- d genezing zal verlopen via voor het leven meer essentiële naar minder essentiële organen en/of functies (van 'binnen' naar 'buiten') (wet van Hering)
- e tijdens het genezingsproces zullen zich 'oude' klachten opnieuw kunnen manifesteren, en wel in omgekeerde volgorde als waarin deze zijn ontstaan (syndroom-verschuivingen) (wet van Hering)
- f tijdens een homoeopathische behandeling zal de behoefte aan reguliere medicamenten in verband met eventuele andere klachten minder worden.

Bij een onderzoek naar het effect van een homoeopathische behandelwijze moet er rekening mee worden gehouden dat een homoeopathische behandeling bij acute ziekten snel kan werken, maar dat bij chronische ziekten het herstel geruime tijd kan vergen, gezien de veronderstelde benodigde inwendige reorganisatie van het gestel van de patiënt.

Het is gebleken dat zich problemen kunnen voordoen bij het werven van voldoende patiënten voor een dergelijk onderzoek.

VERANTWOORDING

1.1 DE WERKGROEP HOMOEOPATHIE

Door de Voorzitter van de Gezondheidsraad is bij besluit dd 11 november 1985 ingesteld de Werkgroep Homoeopathie.

Namens de commissie hadden in deze werkgroep zitting prof dr EL Noach, Voorzitter, dr HS Verbrugh en prof dr PE Voorhoeve.

Op verzoek van de Artsenfederatie Alternatieve Geneeskunde (AAG) zijn door de Vereniging van Homoeopatische Artsen in Nederland (VHAN) afgevaardigd de homoeopatische artsen FJM Debats en HJPA Maas.

Dr Th Stijnen (afdeling Medische Statistiek Rijksuniversiteit Leiden; vanaf 1-10-1987 verbonden aan de afdeling Epidemiologie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam) is bij besluit dd 7-4-1986 benoemd tot statistisch adviseur van de werkgroep.

Als secretaris fungeerde mw MA Goppel, secretaris van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen.

1.2 VRAAGSTELLING

Aan de Werkgroep Homoeopathie is gevraagd aan te geven met welke onderzoeksmethodieken de effectiviteit van 'de homoeopathie' zou kunnen worden onderzocht.

1.3 ACTIVITEITEN

De werkgroep heeft in de periode november 1985 tot

november 1986 vijf keer vergaderd. De concept-rapportage is in een afrondende 6e vergadering in juni 1990 besproken; de tekst is daarna voor schriftelijk commentaar rondgezonden en na telefonisch overleg vastgesteld.

In de derde vergadering (13 mei 1986) heeft de werkgroep met de homoeopatisch arts mw ESM de Lange-de Klerk en haar statistisch adviseur dr ir PD Bezemer de laatste versie van het voorstel voor een dubbelblind vergelijkend onderzoek naar de effecten van homoeopathische therapie bij kinderen met recidiverende bovenste luchtweginfecties besproken. De werkgroep kon zich achter de door mevrouw De Lange geformuleerde onderzoekshypothesen en de besproken onderzoeksopzet stellen. Dit onderzoek is op 1 februari 1987 met een subsidie van WVC van start gegaan; het is afgerond met de promotie van mevrouw De Lange op 19 mei 1993. Voor nadere gegevens zie bijlage H. I bij deze rapportage.

Na kennis te hebben genomen van de resultaten van het werk van de franse arts en onderzoeker dr J Benveniste, heeft het werkgroeplid dr HS Verbrugh, in aansluiting op het door de AAG georganiseerde congres 'De toetsbaarheid van de homoeopathie' waar dr Benveniste een lezing hield (AAG92), een uitvoerig gesprek met deze onderzoeker gevoerd. Een verslag daarvan is in februari 1992 gepubliceerd in het tijdschrift CARE (Ver92).

INLEIDING HOMOEOPATHIE*

2.1 HOMOEOPATHIE - EEN ERVARINGSMETHODE

Homoeopathie is een geneeswijze die is ontwikkeld door de Duitse arts Samuel Hahnemann (1755-1843). Het woord homoeopathie is afgeleid van het Griekse 'homoios', dat 'gelijkend op' of 'gelijksoortig' betekent en pathos, het lijden. Basisgedachte van de homoeopathie is dat een zieke kan worden genezen door toediening van een geneesmiddel dat bij een gezonde proefpersoon tijdelijk verschijnselen teweegbrengt (een zogenaamd 'geneesmiddelbeeld' veroorzaken) die dezelfde zijn als de ziekteverschijnselen (bijvoorbeeld arsenicum en cholera).

Deze basisgedachte wordt weergegeven door de spreuk 'Similia similibus curentur', het gelijkende worde door het gelijkende genezen; men spreekt van het simileprincipe. Wanneer de gelijkenis in de uitingvormen van ziektebeeld en geneesmiddel groot genoeg is, blijkt de oorspronkelijke ziekte of klacht niet terug te komen na het staken van de toediening van het geneesmiddel. Bij onvolledige gelijkenis ontstaan gedeeltelijke en/of tijdelijke effecten.

Het simileprincipe is een toepassing van het waargenomen verschijnsel dat ziekten of aandoeningen die in hun uitingvorm op elkaar lijken, elkaar kunnen verdringen. Ook hierbij is, naarmate de gelijkenis groter (totaler) is, de verdringing blijvender en vollediger. Men noemt dit fenomeen 'syndroomverschuiving'¹ of 'syndroom-onderdrukking'. Bij thera-

Voor een uitvoerige toelichting op de homoeopathische behandelwijze zij verwezen naar 'Wat zijn de klachten? Toelichting bij de homoeopathische behandeling' (Deb90).

peutische toepassing van dit principe, zoals in de homoeopathie gebeurt, zou men het beste kunnen spreken van 'svndroom-
gndervanging'.

Een tweede wetmatigheid in de homoeopathie berust op de waarneming dat a) zich bij chronische ziekten in het algemeen in de loop van de tijd op elkaar volgende syndromen voordoen die steeds invaliderender zijn, en b) voorafgaand aan blijvend herstel oude klachten terugkomen in omgekeerde volgorde als waarin ze gaandeweg zijn ontstaan. De Wet van Herina zegt dat therapieën die syndroomverschuivingen als bedoeld onder b) induceren, als curatief te beschouwen zijn en dat therapieën die syndroomverschuivingen induceren die verder invaliderend werken, suppressief zijn (of omgekeerd: therapieën die suppressief werken, verder invaliderend zijn). Deze laatste soort therapieën moet derhalve als onjuist worden beschouwd.

Om gebruik te kunnen maken van de Wet van Hering dient men dus een overzicht te hebben van het totaal van de aanwezige symptomen én van de vroegere symptomen van de patiënt.

De toepasbaarheid van de Wet van Hering wordt gemakkelijk doordat voor het kiezen van het simillimum (dit is het meest passende middel volgens het simileprincipe) ook constitutionele kenmerken bepalend kunnen zijn. Onder 'constitutionele kenmerken' worden verstaan de binnen het gebied van het 'normale' vallende varianten van levensverrichtingen en lichaamsfuncties, zoals kouwelijk zijn, last hebben van transpirerende voeten, een sterke voorkeur voor danwei behoefte aan bepaalde voedingsmiddelen hebben of juist een afkeer daarvan, tandenknarsen tijdens de slaap, zich gemakkelijk vertilten etc. Door het rubriceren van deze constitutionele kenmerken en door een brede kijk op de symptomatologie worden syndromen herkenbaar die niet overeenkomen met de gebruikelijke klinisch-nosologische ziekte-indeling. Ook bij het beoordelen van vroegere verschijnselen in het licht van de Wet van Hering dient men aandacht te besteden aan deze constitutionele kenmerken (een patiënt kan bijvoorbeeld opnieuw last krijgen van

transpirerende voeten). De kern van dit constitutionele denken is het uitgangspunt dat een organisme erfelijke en verworven eigenschappen heeft, die in wisselwerking met de omgevingsfactoren tot een klacht kunnen leiden.

De volgens de homoeopathische diagnostiek geïnterviewde symptomen/kenmerken worden hiërarchisch geordend, dat wil zeggen de meest existentiële komen bovenaan te staan en de meest somatische onderaan. Het simillimum wordt bepaald met in acht neming van deze hiërarchie.

Als eerste verbetering door een homoeopathische therapie valt dan ook over het algemeen een verbetering in het existentiële welbevinden waar te nemen; de patiënt wordt rustiger, lakonischer, assertiever, vrijer. Als laatste stadium op de weg naar genezing kan men het optreden zien van huidverschijnselen als eczeem, jeuk, puisten, wratten etc.

Tussen het mentale, existentiële niveau en het niveau van de huid bevindt zich een scala van mogelijke tussentrappen die door de praktijk nog lang niet volledig in kaart zijn gebracht. Een bekend voorbeeld is het verbeteren van asthma bronchiale in ruil voor het optreden van eczeem (Gro58). Ook ziet men het verdwijnen van depressieve beelden in ruil voor hartkloppingen of maagklachten. Het optreden van uitscheidingen zoals fluor albus of een pussende tonsillitis kan een indicatie zijn voor een verbetering van de gezondheid van chronische patiënten. Tijdens het beloop van deze verschuivingen in de symptomen kan het aangewezen zijn verschillende middelen in successie voor te schrijven.

Bij een homoeopathische behandeling ligt de prioriteit dus niet altijd in eerste instantie bij de klacht waarmee de patiënt zich tot de arts wendt; gepoogd wordt aan te grijpen op de hiërarchisch gezien hoogste verstoring van het organisme als geheel (dat wil zeggen de existentiële hoogste verstoring). Het gevolg van deze benadering kan zijn dat niet alleen de oorspronkelijke klacht, maar ook andere, daar schijnbaar los van staande klachten of verschijnselen verdwijnen of worden beïnvloed. Resultaat daarvan kan zijn dat voor dergelijke andere klachten niet langer aparte medicatie nodig is.

Uit het voorgaande moge duidelijk worden dat de homoeopathie in essentie een ervaringsmethode is: een therapie wordt ingesteld op basis van het simileprincipe en beoordeeld - en zonodig bijgesteld - aan de hand van de Wet van Hering, zonder dat naar een verklaring van de klachten wordt gezocht. De methode bedient zich niet van causaal-analytisch denken, maar van inductief-synthetisch denken ofwel 'systeemdenken'. De keuze van het middel is derhalve cruciaal in de homoeopathie; het kiezen van het middel is in feite het stellen van de diagnose.

2.2 GENEESMIDDELEN

Homoeopathische geneesmiddelen worden op speciale wijze bereid. Schudden en stapsgewijs verdunnen (potentiëren) zijn essentieel bij deze procedure. Bij potenties van 1 op 10 spreekt men van D1; D2 wordt verkregen uit een 1:10 verdunning van D1 enz. Soms wordt gepotentieerd in een verhouding van 1:100, men schrijft dan C1 etc. Potenties waarbij in trappen van 1: 50.000 wordt verdund, noemt men LM-potenties*.

De meest gepotentieerde geneesmiddelen zouden het krachtigst werkzaam zijn.

2.3 INDICATIES

Het indicatiegebied voor de homoeopathie is zeer groot; het omvat alle acute en chronische stoornissen die in principe kunnen genezen met behulp van het in het organisme aanwezige herstelvermogen.

Omdat het bij chronische klachten veel tijd kost de noodzakelijke inwendige reorganisatie van het gestel tot stand te brengen, zal het herstel van dergelijke patiënten onder invloed van een homoeopathische behandeling veelal geleidelijk verlopen.

D: 10
L: 50
C: 100
M: 1000

Bij acute ziekten volgt de reactie op een goed gekozen homoeopathisch middel als regel zeer snel.

Buiten het indicatiegebied voor homoeopathie vallen aandoeningen die zonder mechanisch ingrijpen niet tot de oorspronkelijke toestand zijn terug te brengen (zoals traumata, aangeboren afwijkingen, eindtoestanden van chronische ziekteprocessen: littekens en misvormingen) en bijvoorbeeld degeneratieve neurologische afwijkingen.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK HOMOEOPATHIE

3.1 PROBLEEMSTELLING

Indien men de effectiviteit van een methode wil aantonen, dient men zich af te vragen a) wat de essentie van de methode is, b) wat onder effect van een behandeling wordt verstaan en c) hoe dit effect te meten zou zijn.

Volgens homoeopathische opvattingen kunnen deze vragen als volgt worden beantwoord:

- a De essentie van een homoeopathische therapie* is de genezing van zieken door toediening van geneesmiddelen die bij een gezonde proefpersoon (tijdelijk) verschijnselen teweeg brengen die dezelfde zijn als de ziekteverschijnselen (simileprincipe).
- b De effectiviteit van een homoeopathische behandeling kan zich manifesteren in de vorm van syndroomverschuivingen die worden geïnduceerd door in gepotentieerde vorm toegediende geneesmiddelen.
- c Gezien het karakter van de behandelwijze is het noodzakelijk bij een onderzoek dat moet aantonen dat de homoeopathie een effectieve behandelwijze is, de methode als geheel te onderzoeken ('black box' benadering).

Onder 'homoeopathische therapie/behandelwijze' wordt in de onderhavige tekst het handelen van binnen de homoeopathische gemeenschap erkende homoeopathische artsen verstaan.

3.2 DE ESSENTIE VAN DE HOMOEOPATHISCHE METHODE

In de homoeopathie is de keuze van het middel cruciaal: het vinden van het middel is hetzelfde als het stellen van de diagnose. Om een correcte diagnose te kunnen stellen, moet de homoeotherapeut een inzicht hebben in het totaalbeeld van de patiënt. Hij kan dit construeren uit: a de kenmerken van de huidige klachten b de kenmerken van vroegere klachten (en die van (voor)-ouders) c de constitutionele kenmerken.

3.3 DE EFFECTIVITEIT VAN DE HOMOEOPATHISCHE BEHANDELWIJZE

Indien het middel juist gekozen is, zullen niet alleen de klachten/afwijkingen waarvoor de patiënt zich tot de arts wendde genezen, maar ook andere afwijkingen/verschijnselen verdwijnen danwei worden beïnvloed.

3.4 EFFECTIVITEITSONDERZOEK

Het is in principe mogelijk het effect van een homoeopathische behandelwijze* te onderzoeken met behulp van vergelijkend, dubbelblind onderzoek met placebo-controle. Cross-over methoden zijn niet geschikt omdat homoeopathische geneesmiddelen lang nawerken.

Een dergelijk onderzoek kan zich op verschillende aspecten richten. Men kan de effectiviteit onderzoeken van een homoeopathische behandeling (in vergelijking met placebo of met een reguliere therapie) bij omschreven ziektebeelden, maar men kan ook onderzoek doen naar de veronderstelde invloed van homoeopathische middelen op constitutionele kwaliteiten van gezonde of zieke mensen. Beide benaderingen vergen een eigen

Teneinde verwarring te voorkomen wijst de commissie er met nadruk op dat in de door de Werkgroep Homoeopathie gebruikte bewoordingen onder 'behandelwijze' wordt verstaan: het vinden en voorschrijven van het juiste homoeopathische geneesmiddel.

aanpak.

De noodzaak de methode als geheel te onderzoeken, houdt in dat men, na een precieze inventarisatie te hebben gemaakt van datgene wat de homoeopathische behandelwijze in het kader van het onderzoek inhoudt (in ook voor uitsluitend regulier opgeleiden begrijpelijke taal), beziet welke factor(en) in het onderzoek constant kan (kunnen) worden gehouden.

Bij elk onderzoek is een zeer uitvoerig protocol vereist, zowel wat betreft de overwegingen die leiden tot de indicatie voor de homoeopathische behandeling (anamnese) en de selectie van het geneesmiddel, als het bijhouden van eventuele aanpassing (met vermelding van de reden) van de medicatie.

Begin- en eindpunt (welk resultaat wordt succesvol genoemd) moeten bij elk onderzoek nauwkeurig worden omschreven. Per onderzoek moet worden aangegeven hoelang de behandelperiode zal zijn.

Indien (als onderdeel van een onderzoek naar het effect van een homoeopathische behandelwijze) homoeopathische geneesmiddelen worden vergeleken met placebo's, doen zich in de homoeopathie ten aanzien van deze placebo's twee mogelijkheden voor. Men kan een 'gewoon' placebo kiezen maar ook een 'gepotentieerd placebo'. Met een dergelijk 'gepotentieerd placebo' beperkt men de te onderzoeken variabelen ten aanzien van de medicamenteuze therapie tot één enkele, namelijk het middel zelf. Van meer belang lijkt het echter verdunde medicamenten te vergelijken met gepotentieerde om het effect van het potentiëren te bepalen.

Het kan interessant zijn bij een onderzoek waarin een homoeopathische behandelwijze met een placebo wordt vergeleken, voordat de code wordt verbroken aan de onderzoeker te vragen zijn idee ten aanzien van de therapie die elke patiënt heeft gekregen op schrift te stellen.

Overwogen kan worden om bij het bepalen van de meest geschikte indicatie voor een onderzoek naar het effect van een homoeopathische behandelwijze, retrospectief de behandelresultaten te analyseren bij groepen patiënten lijdende aan eenzelfde kwaal en behandeld op hetzij reguliere hetzij homoeopa-

thische wijze (of: eerst regulier behandeld en daarna homoeopathisch).

Onderzoek naar de effectiviteit van een homoeopathische behandeling kan worden uitgevoerd als aangegeven in bijlage H.I (bovenste luchtweginfecties bij kinderen), H.III ((procto)colitis) en H.IV (fibromyalgie).

Een opzet voor een onderzoek naar de invloed van het effect van een homoeopathische behandeling op constitutionele kwaliteiten is opgenomen als bijlage H.IV.

De werkgroep wijst erop dat binnen de Vereniging van Homoeopathische Artsen in Nederland (VHAN) een Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) functioneert die onder andere tot doelstelling heeft het wetenschappelijk onderzoek naar gebruik en werking van homoeopathische methodieken in Nederland te stimuleren. Daarnaast streeft men naar begeleiding van onderzoekers en naar contacten met homoeopathische onderzoekscentra buiten Nederland. Het lijkt raadzaam bij toekomstig onderzoek op dit gebied deze commissie in te schakelen.

LITTERATUUR

- AAG92 Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen, (AAG). De toetsbaarheid van homeopathie. Voordrachten uit het programma van het symposium Homeopathie en Wetenschappelijk Onderzoek. CARE 1992; 10 (bijlage): 1-32.
- Bol91 Bol AWJM, van Haselen RA. Homeopathie en immunologie. Ned Tijdschr voor Integrale Geneeskunde 1991; 4: 172-77.
- Bra89 ter Braak GJ. Filosofie of pernicious relativitis? De mythe van het homeopathievriendelijke paradigma. Med Contact 1989; 43 (44): 1423-4.
- Bra90 ter Braak GJ. Bestaat de homeopathie? Effectmeting onvoldoende. Med Contact 1990; 13 (45): 419-21.
- Con89 Constant PM. Homeopathie; de moeizame bevalling van een nieuw inzicht. Med Contact 1989; 25 (44): 849-50.
- Deb90 Debats FJM. 'Wat zijn de klachten? Toelichting bij de homeopathische behandeling' Homeovisie, Alkmaar 1990.
- Deb91 Debats FJM. Een homeopathische kijk op het afweermechanisme van het menselijk organisme. Ned Tijdschr voor Integrale Geneeskunde 1991; 4: 155-8.
- Fei90 de Feijter, Feher CM, Peeters FAH. Onderzoek naar werking en werkzaamheid van homeopathica; een literatuuroverzicht. Uitgegeven op verzoek van de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland met medewerking van VSM Geneesmiddelen bv. Alkmaar, 1990.
- Gro58 Groen J, Bastiaans J en van der Valk JM. Syndroomverschuiving en -onderdrukking. Ned T Geneesk 1958; 102: 1-13.
- Hah79 Hahnemann, Samuel. Organon der Heilkunst. Nachdruck der 6 Aufl. Hippocrates Verlag, Stuttgart 1979. (Nederlandse vertaling: Organon der geneeskunst, Goetze OEA, Homeovisie, Alkmaar 1983).

- Hof88 Hoffraan CJ, Lange-de Klerk ESM de. Effectiviteitsonderzoek van homeopathische therapie. Pharmaceutisch Weekblad 1988; 28: 621-6.
- Int89 Integraal. Themanummer: Het raadsel homeopathie. Integraal 1989; 6: 1-96.
- Kar89 Karcher HL. Homöopathie; Medizin oder Magie? Bild der Wissenschaft 1989; 7: 68-74.
- Ken79 Kent JT. Lectures on homoeopathic philosophy 1900. Reprint Thorsons, Wellingborough, Great Britain 1979. (Nederlandse vertaling: Grondslagen der homeopathie, Goetze, O.E.A., Homeovisie, Alkmaar 1986).
- Kle91 Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G. Clinical trials of homoeopathy. BMJ 1991; 302: 316-23.
- Lab92 Labrecque M, Audet D, Latulippe LG et al. Homeopathie treatment of plantar warts. Can Med Assoc J 1992; 146 (10): 1749-53.
- Lan93 de Lange-de Klerk ESM. Effects of homoeopathic medicines on children with recurrent upper respiratory tract infections (academisch proefschrift). Vrije Universiteit Amsterdam, 1993.
- Lin90 Linnemans WAM. De begrippen energie en informatie binnen de homeopathie. Ned Tijdschr voor Integrale Geneeskunde 1990; 44: 347-53.
- Lui86 Luiten ACB, Huyben MWC. Homeopathie en isopathie, wetenschap of geloof? Tijdschr Diergeneeskunde 1986; 15/16: 741-3.
- Maa88 Maas HPJA. Patiënt, ziekte en homeopathische arts. Pharmaceutisch Weekblad 1988; 28: 618-21.
- Maa89 Maas HPJA. Homeopathie - van oudsher een integrale geneeswijze. In: Wat is wijs bij de keuze van een dokter. Over de verhouding tussen reguliere en alternatieve geneeskunde. Weenink JB (red.) Vrije Universiteit Uitgeverij Amsterdam 1989.
- Tay86 Taylor Reilly D, Taylor MA, McSharry C, et al. Is homoeopathy a placebo response? Controlled trial of homoeopathic potency, with pollen in hayfever as model. The Lancet 1986; ii: 881-6.
- Sch90 Schüppel R. Prinzipien der Homöopathie in der Schulmedizin. Teil I: Die Gesamtheit der Symptome. Dt J für Homöopathie 1990; 1: 3-7.

- Sch90 Schwab G. Lasst sich eine Wirkung homöopathischer Hochpotenzen nachweisen? Einde kontrolliere Cross-over Doppelblindstudie bei Hautkranken. Allgemeine Homöopathische Zeitung 1990; 235: 135-9.
- Ver92 Verbrugh HS. De kwestie: de zaak Benveniste. Ik ben een van de grootste sceptici ter wereld. CARE 1992; 10: 20-4.
- VitSO Vithoulkas G. Alles over homeopathie. Elmar Rijswijk 1980.
- Vög78 Vögeli A. Heilkunst in neuer sicht. Haug Verlag, Heidelberg, 1978 (3 Aufl.).
- Wie82 Wiersma M. Homeopathie en bewijsvoering. Med Contact 1982; 51/52: 1640-2.

BIJLAGE H.IDUBBELBLIND VERGELIJKEND ONDERZOEK NAAR DE EFFECTEN VAN HOMO-
EOPATHISCHE THERAPIE BIJ KINDEREN MET RECIDIVERENDE INFECTIES
IN HET KNO-GEBIED

In 1986 is na overleg met de Werkgroep Homoeopathie van de Gezondheidsraad door het Ministerie van WVC een subsidie verleend aan de homoeopathische arts mw ESM de Lange-de Klerk voor het uitvoeren van een dubbelblind onderzoek naar de effecten van homoeopathische therapie bij kinderen met recidiverende bovenste luchtweginfecties. Dit onderzoek is, na een vooronderzoek van 6 maanden, medio 1987 van start gegaan onder supervisie van de hoogleraar KNO-heelkunde prof dr L Feenstra van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam. Mevrouw de Lange is op 19 mei 1993 op dit onderzoek gepromoveerd.

De hierna opgenomen 'Conclusions' van de 'Discussion' en de 'Samenvatting' zijn, met toestemming van dr De Lange, uit dit proefschrift overgenomen.

Over het onderzoek en over de problemen die zich voordoen bij het opzetten van dergelijk onderzoek is in de loop der jaren door de onderzoekers op verschillende plaatsen gepubliceerd; Een selectie uit deze artikelen is hieronder opgenomen.

LITTERATUUR

- Lan86 de Lange-de Klerk ESM, Feenstra L, Bezemer PD. Effectiviteitsonderzoek van homeopathische therapie bij kinderen met recidiverende bovenste luchtweginfecties. Similia Sim Curentur 1986, 16, 78-82
- Lan88 de Lange-de klerk, ESM. Homoeopathische geneesmiddelen ter preventie van bovenste luchtweginfecties? Med Contact 1988; 43: 1209

- Blo87 Blommers J, de Lange-de Klerk ESM, Bezemer PD, Kuik DJ, Feenstra L. Vragenlijst algemeen welbevinden van het kind. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1987
- Bod88 Bodde HG, Goetze OEA, de Lange-de Klerk ESM (red). Leerboek Homeopathie. Utrecht: Bonn, Scheltema en Holkema, 1988
- Hof88 Hoffman CJ, de Lange-de Klerk ESM. Effectiviteitsonderzoek van homeopatische therapie. Pharm Weekbl 1988: 123; 621-626.
- Lan93 de Lange-de Klerk ESM. Effects of homoeopathic medicines on children with recurrent upper respiratory tract infections (Proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit, 1993.

VRIJE UNIVERSITEIT

**EFFECTS OF HOMOEOPATHIC MEDICINES
ON CHILDREN WITH RECURRENT
UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS**

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor aan de
Vrije Universiteit te Amsterdam, op
gezag van de rector magnificus
dr. C. Datema,
in het openbaar te verdedigen ten
overstaan van de promotiecommissie
van de faculteit der geneeskunde
op woensdag 19 mei 1993 te 15.30 uur
in het hoofdgebouw van de universiteit,
De Boelelaan 1105

door

Elisabeth Suzanna Maria de Lange-de Klerk

geboren te Oud-Beijerland

5.8 Conclusions

Many patients who suffer from a persistent illness without the prospect of a speedy recovery turn to alternative medicine in search of a cure. Some people are inclined to restlessly seek an unattainable goal and such behaviour does not exactly improve their well-being. First, and foremost, a treatment should do no more harm than the condition for which it is applied. Secondly, restless seeking should be prevented, if possible.

Homoeopathic medicines are relatively safe if applied properly, but homoeopathic treatment takes effort, time and money. Whether or not it is worthwhile to seek homoeopathic treatment for children with recurrent URTI is difficult to state in general. In any case, one cannot expect a drastic change in clinical course by the proper application of homoeopathic remedies, but a slight improvement is liable to occur and for some children a slight improvement can make a great difference.

Another point of interest might be the variability of sensitivity to homoeopathic remedies. Some children probably react better to homoeopathic remedies than others. There are, however, no special characteristics by which the reaction to homoeopathic medicines can be predicted.

Medication can only be a part of a whole treatment strategy. A proper treatment strategy compels taking a thorough medical history and performing a careful examination of the child. The GP of a child who suffers from frequent respiratory tract infections might prevent the restless seeking behaviour of his or her parents by paying attention to the somatic as well as the emotional aspects of the child's problems and by providing reliable and well tuned information on the probable prospects of the child's health to the parents. Support, reassurance and encouragement may contribute a great deal to recovery.

Medical practitioners who care for children suffering from recurrent upper respiratory tract infections should address and utilize all possibilities within reasonable limits to improve the health of these children and the proper application of homoeopathic medicines could be one of these possibilities.

SAMENVATTING

Doel en opzet van het onderzoek

Het doel van deze studie was het verwerven van kennis over de aan- of afwezigheid van een intrinsiek effect van individueel voorgeschreven homeopathische geneesmiddelen.

De vraagstelling luidde: Welk effect hebben individueel voorgeschreven homeopathische geneesmiddelen op frequentie, duur en ernst van luchtweg-infecties bij kinderen die lijden aan recidiverende bovenste luchtweginfecties, alsmede op het algemeen welbevinden van deze kinderen?

Met grote zorgvuldigheid werd getracht om de studie zodanig op te zetten en uit te voeren dat ze voldeed aan de criteria van de conventionele geneeskunde en van de homeopathie. Er werd gekozen voor een gerandomiseerde dubbelblinde trial met een placebo controle groep. De randomisatie was gestratificeerd op leeftijd en gebalanceerd in de tijd.

De onderzoekspopulatie bestond uit kinderen van anderhalf tot en met negen jaar met recidiverende bovenste luchtweginfecties en zonder andere chronische aandoeningen. De kinderen werden een jaar behandeld en gevolgd.

Achtergronden

Luchtweginfecties treden vooral bij kinderen vaak op.

De meeste bovenste luchtweginfecties worden primair veroorzaakt door virussen, maar secundaire bacteriële infecties kunnen het klinische beloop nadelig beïnvloeden. Een klein deel van de kinderen is extra gevoelig voor luchtweginfecties zonder dat bij hen een onderliggende aandoening wordt gevonden.

Bij het opgroeien wordt het immuunsysteem beter toegerust tot een effectieve bestrijding van pathogene micro-organismen en dan nemen frekwentie en ernst van de luchtweginfecties af. Toch kunnen frequente luchtweginfecties vijfjaar of langer voor problemen zorgen.

Er zijn verschillende regimes gepropageerd om acute luchtweginfecties bij gevoelige kinderen te voorkomen: actieve en passieve immunisatie, chemoprophylaxe en homeopathie.

Homeopathie claimt successen bij verschillende chronische gezondheidsproblemen, onder andere recidiverende bovenste luchtweginfecties bij kinderen.

Homeopathie is een pluriform systeem waarin het geloof in de 'similia regel' centraal staat. De 'similia regel' luidt: kies voor een patiënt een middel dat bij gezonden dezelfde symptomen kan opwekken. De 'similia regel' wordt op velerlei

wijzen geïnterpreteerd. Er zijn twee hoofdstromingen binnen de homeopathie, de 'klassieke' en de 'kritisch wetenschappelijke' en binnen beide stromingen bestaan verschillende scholen.

Homeopathische behandeling

Daar in dit onderzoek een vorm van klassieke homeopathie werd toegepast, werden de voorschriften gebaseerd op persoonlijke karakteristieken van de kinderen en de voorschriften omvatten een breed spectrum van 'constitutiemiddelen' met als doel het voorkomen van infecties. Behalve 'constitutiemiddelen' werden ook middelen voor de behandeling van acute infecties verstrekt. De voorschriften werden regelmatig aangepast aan het klinisch beloop. Het spectrum van voorgeschreven middelen kwam overeen met de middelen die in de literatuur voor kinderen met recidiverende luchtweginfecties worden aanbevolen. Kinderen van de verum groep kregen gedurende het hele jaar verum middelen en kinderen van de placebo groep kregen gedurende het hele jaar placebo middelen.

Uitvoering van het onderzoek

De werving van patiënten verliep moeizaam, de uitval van patiënten was opvallend laag voor een trial met een follow-up duur van een jaar, de verstrekking van trial medicatie verliep zonder fouten.

Getracht werd om de deelname aan de trial voor de kinderen en hun ouders zo aangenaam mogelijk te maken.

Data verzameling en effectmetingen

Gegevens werden verzameld met behulp van kalenders waarop de ouders dagelijks noteerden welke verschijnselen het kind had, of er een arts geraadpleegd was, of het kind medicijnen had gebruikt, of er zieken in het gezin waren, etc. Om de veertien dagen werd een gestructureerd telefonisch interview afgenomen om de gegevens van de dagkalenders te inventariseren. Deze telefoongesprekken stimuleerden de ouders om de dagkalenders goed bij te houden. Andere informatiebronnen waren de rapportages van huisartsen en specialisten.

De effectmaat voor het algemeen welbevinden was gebaseerd op een vragenlijst algemeen welbevinden en de effectmaten voor luchtweginfecties waren gebaseerd op de gegevens van de dagkalenders. Episodes van luchtweginfecties werden aan de hand van de dagkalenders vastgesteld met behulp van een algoritme. De symptomatologie werd gekwantificeerd met behulp van een multi-dimensionale schaal, de dag som schaal, die werd ontwikkeld met de hulp van een klem team van experts.

Analyse van de gegevens

De analyse werd blind uitgevoerd; de code werd slechts 'half' verbroken en degenen die de analyses uitvoerden wisten niet wat de betekenis was van de symbolen die de aard van de behandeling (placebo of verum) aanduidden.

Voor gemiddelden en proporties werden 95% betrouwbaarheidsintervallen berekend, verschillen tussen gemiddelden werden getoetst met Student's t toets en verschillen in proporties met een chi-kwadraat toets of, indien van toepassing, een chi-kwadraat toets voor trend. Het niveau van significantie was 5%, tweezijdig. Er werd een multipel lineair regressiemodel gebruikt om verschillen tussen gemiddelden van som scores te corrigeren voor kleine verschillen in de verdeling van prognostische variabelen bij aanvang van deelname aan de trial. Toen de analyses voltooid waren, werd de code geheel verbroken.

Resultaten

Er waren 175 deelnemende kinderen die aan de toelatingscriteria voldeden en de data van 170 kinderen konden worden geanalyseerd. De vergelijkbaarheid van beide groepen bij aanvang van deelname was redelijk.

De 170 kinderen hadden vaak klachten gedurende het jaar van deelname. Ziekte-episodes omvatten gemiddeld 44,2 dagen van het jaar en het gemiddelde aantal dagen waarop symptomen werden gerapporteerd was 179.

Tussen de twee groepen waren kleine maar consistente verschillen ten gunste van de verum middelen.

Het gemiddeld aantal episodes in de verum groep was 7,9 en in de placebo groep 8,4. De gemiddelde totale duur van alle episodes was in de verum groep 6 dagen korter dan in de placebo groep (het 95% betrouwbaarheidsinterval was -6,4 tot 18,1 dagen). De gemiddelde ernstscore van de episodes was lager in de verum groep, ondanks het feit dat er minder episode dagen waren.

De kinderen in de verum groep waren gemiddeld 53,0% van de dagen vrij van symptomen, de kinderen in de placebo groep 49,3%, het verschil was 3,7% (95% betrouwbaarheidsinterval was -3,6% tot 11,0%) De dag som score kon variëren van 0 tot 56 punten en een hoge score betekende veel klachten. De gemiddelde dag som score was lager in de verum groep dan in de placebo groep; het verschil bedroeg 0,41 voor het hele jaar (95% betrouwbaarheidsinterval -0,02 tot 0,83) en 0,37 voor de laatste negen maanden (95% betrouwbaarheidsinterval -0,06 tot 0,81).

In de verum groep kregen 62% van de kinderen geen antibioticum tijdens deelname en in de placebogroep 49%, het verschil bedroeg 13% (95% betrouwbaarheidsinterval -2% tot 28%).

Bij 21% van de placebokinderen die nog nooit een adenotomie hadden ondergaan werd in het jaar van deelname een adenotomie verricht. In de verum groep bedroeg dit percentage 16%. Het verschil was 5% (95% betrouwbaarheidsinterval -11% tot 21%)

Zowel in de verum als in de placebo groep werd bij 5% van de kinderen die nog nooit een tonsillectomie hadden ondergaan gedurende het jaar van deelname een tonsillectomie verricht.

In beide groepen verbeterde de score van de vragenlijst algemeen welbevinden. De score op deze vragenlijst kon variëren tussen 13 en 61 punten en een hoge score representeerde een goed algemeen welbevinden. De verbetering bedroeg 4,81 punten in de verum groep en 4,17 punten in de placebo groep, het verschil was 0,64 punten (95% betrouwbaarheidsinterval -1,73 tot 3,02 punten).

De overall score kon variëren van 0 tot 20 punten en een hoge score representeerde veel problemen met de gezondheid. De gemiddelde overall score was in de verum groep lager dan in de placebo groep. Het verschil, gecorrigeerd voor kleine verschillen in baseline variabelen (met name van de percentages kinderen die reeds een adenotomie hadden ondergaan), bedroeg 1,15 punten (95% betrouwbaarheidsinterval -0,06 punten tot 2,35 punten).

In beide groepen werden bijwerkingen toegeschreven aan trial middelen, in de verum groep bij 14% van de kinderen en in de placebogroep bij 15%.

Na beëindigen van de deelname vonden de ouders van de meeste kinderen uit beide groepen dat hun kind baat gehad had bij de gegeven behandeling.

Andere onderzoeken

Voor zover ons bekend, zijn er tot nu toe geen vergelijkende onderzoeken met lange follow-up duur naar het effect van individueel voorgeschreven homeopatisch middelen bij kinderen met recidiverende luchtweginfecties verricht.

Conclusie

In deze trial werden kleine verschillen in uitkomsten gevonden tussen de placebo en de verum groep ten gunste van de verum homeopathische middelen. De meeste verschillen waren statistisch niet significant.

BIJLAGE H.IIDUBBELBLIND VERGELIJKEND ONDERZOEK NAAR HET SYNDROOMVERSCHUI-
VEND VERMOGEN VAN HOMOEOPATHISCHE MIDDELEN

In de homoeopathische praktijk wordt de keuze voor een bepaald geneesmiddel voor een belangrijk deel gebaseerd op een anamnese, die bij chronisch zieken dermate uitgebreid is dat men zijn toevlucht neemt tot anamneseformulieren waarop een groot aantal van de benodigde gegevens kan worden verzameld. Gebleken is dat de antwoorden op sommige vragen zeer specifiek op bepaalde middelen wijzen. Dit opent de mogelijkheid met behulp van een vragenlijst patiënten te screenen op die indicaties die zich voor een onderzoek lenen (veel voorkomende beelden die zich schriftelijk laten 'vangen'). Men kan zo personen opsporen die constitutioneel gezien een bepaald geneesmiddel nodig hebben; van deze personen kan worden verwacht dat ze op toediening van dit middel zullen reageren volgens de Wet van Hering.

Voorgesteld wordt in overleg tussen een aantal homoeopathische artsen en een aantal huisartsen 'gezonde' personen te selecteren die niet eerder homoeopathisch zijn behandeld en die een leeftijd hebben waarop zich constitutionele defecten gaan manifesteren (globaal tussen 30 en 45 jaar). Het onderzoek zou zich moeten richten op beginnende klachten.

Uit de geselecteerde onderzoekspopulatie kunnen vervolgens - at random - 2 groepen worden gevormd, waarvan de ene met het te onderzoeken homoeopathische geneesmiddel en de ander met een placebo kan worden behandeld. Dat de placebogroep bij een langer durend onderzoek 'onbehandeld' blijft, is in dit geval geen zwaarwegend probleem omdat het onderzoek zich richt op symptomen waar de gezonde proefpersonen geen of nauwelijks last van hebben.

Als effectparameters kunnen bij een dergelijk onderzoek worden gekozen: a verbetering van het algemeen welbevinden, te meten

door middel van vragenformulier en interview

b optreden of toenemen van huidverschijnselen of uitscheidingsreacties (zoals zweetsecretie, diarree, maar ook met pusvorming gepaard gaande processen, bijvoorbeeld angina), meegedeeld door de patiënt en/of objectief verifieerbaar (ernst en frequentie vastleggen op vragenformulier of coderingsformulier)

c het terugkeren van vroegere verschijnselen, eveneens anamnestic en objectief verifieerbaar. Met nadruk zij vermeld dat hier niet alleen de klinisch nostalgisch relevante symptomen worden bedoeld, maar ook en vooral de details hiervan zoals die door toepassing van het similia-principe zijn gebleken, alsmede datgene wat in de leerboeken over de homoeopathie en materia medica-boeken (naslagwerken) wordt beschreven d het verdwijnen of verbeteren van klachten.

Men moet erop bedacht zijn dat, in het geval dat een middel te lang of ten onrechte wordt gegeven, zich nieuwe verschijnselen kunnen voordoen die passen in het geneesmiddelbeeld (subintoxicatieverschijnselen) van het desbetreffende middel zoals beschreven in de homoeopathische materia medica. Ook bestaat de mogelijkheid dat door toediening van een homoeopatisch middel een 'nooit zieke patiënt' wel bepaalde symptomen ontwikkelt; ook hiermee moet bij de proefopzet rekening worden gehouden.

Te verwachten is dat in de groep proefpersonen die het homoeopathische geneesmiddel krijgt

a significant meer meldingen van existentiële verbetering zullen worden gevonden

b significant meer huidreacties zullen voorkomen

c significant meer sprake zal zijn van het terugkeren van vroegere symptomen, zowel klinische als homoeopa-

thische
& significant meer herstel zal optreden van actuele klachten.

Aan de hand van de resultaten van dit gerandomiseerde onderzoek zal duidelijk worden of een homoeopathisch middel zich onderscheidt van een placebo. Wanneer dit zo blijkt te zijn, rechtvaardigen de resultaten mogelijk ook conclusies ten aanzien van de constitutionele vroegdiagnostiek en preventieve werking van constitutioneel gekozen homoeotherapeutica.

Een onderzoek volgens dit stramien kan in principe door verschillende onderzoekers met verschillende homoeopathische geneesmiddelen en bij verschillende beelden worden uitgevoerd. Om beginverergeringen* te voorkomen, verdient het gebruik van LM-potenties** de voorkeur.

Onder 'beginverergering' wordt het verschijnsel verstaan dat na toediening van een homoeopathisch geneesmiddel de kwaal in eerste instantie verergert. Dit wordt beschouwd als teken dat het juiste middel (Simillimum) is gekozen.

De voordelen van LM-potenties, in vergelijking met de potenties uit de D- en C-reeksen, bestaan volgens de auteurs op dit gebied daarin, dat ze sneller en milder werken, dat ze kunnen worden gegeven zonder speciaal rekening te moeten houden met leeftijd en vitaliteit van de patiënt en dat de dosering (in tegenstelling tot andere hoogpotenties) frequent kan zijn, tot 3 a 4 maal daags toe.

BIJLAGE H IIIDUBBELBLIND VERGELIJKEND ONDERZOEK NAAR HET EFFECT VAN EEN
HOMOEOPATHISCHE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET (PROCTO)COLITIS*

Op verzoek van de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen van het Departement heeft de commissie zich gebogen over een conceptprotocol voor een vergelijkend onderzoek naar de betekenis van homoeopathie als individuele behandelingsmethode in vergelijking met placebo en reguliere behandeling bij patiënten met (procto)colitis. Het project werd ingediend door onderzoekers uit het Maria Ziekenhuis te Tilburg. Het uiteindelijke onderzoek is in april 1988 met subsidie van WVC van start gegaan.

Gezien de grote moeite die het bleek te kosten voldoende patiënten te werven voor dit onderzoek, moest dit project voortijdig worden beëindigd.

Het verslag van dit onderzoek is gepubliceerd in *Similia Similibus Curentur*, het tijdschrift van de Vereniging van Homoeopathische Artsen in Nederland, van september 1991.

Met toestemming van de auteurs zijn de navolgende Samenvatting, Conclusie, Aanbevelingen en Litteratuuropgave van dit artikel overgenomen.

Oorspronkelijke artikelen

Effectiviteit van homeopathie bij patiënten met actieve proctocolitis Uitkomsten van een klein, blind klinisch experiment*

G. R. H. J. Jansen, A. L. J. vander Veer, J. Hagenaars en A. van derKuy

Samenvatting

Bij patiënten met proctocolitis werd gerandomiseerd en dubbelblind het effect van individuele homeopathie onderzocht in vergelijking met reguliere therapie en placebo. De onderzoekers slaagden er niet in voldoende deelnemers te werven om tot statistisch relevante uitspraken te kunnen komen. Het totale aantal patiënten over de drie groepen was slechts twintig en bleef daarmee ver onder het streefgetal. De oorzaken hiervan worden besproken.

Van de drie groepen, die ten gevolge van het voortijdig onderbreken van het onderzoek ongelijk van opbouw waren, scoorde de groep A (Ilopathie) het best: 8 van de 10 patiënten beëindigden het onderzoeksjaar en verbeterden zowel wat betreft hun proctocolitis als in hun algemeen welbevinden. Bij observatie - drie maanden na het eind van het onderzoeksjaar - bleken 3 van de 8 binnen twee tot zes weken na het stoppen van de medicatie een recidive te hebben ontwikkeld. Van de 6 homeopathisch behandelde patiënten stopte één patiënt op eigen verzoek kort na het begin van het onderzoek. Van de overige 5 kon bij 1 geen homeopathisch beeld/middel worden bepaald. Er bleven 4 potentiële respondenten over, van wie er 3 verbeterden. Bij observatie drie maanden later bleek 1 van de 3 verbeterde patiënten binnen twee maanden een recidive te hebben gekregen. Van de 4 patiënten uit de placebo-groep haalde slechts 1 het eind van het onderzoeksjaar en bleef ook nadien stabiel. Het betrof hier een patiënt met een matige proctitis, die zes weken voor deelname aan het onderzoek was ontstaan. De overige 3 patiënten verlieten binnen vier maanden na de start het onderzoek, van wie 1 op eigen verzoek. Algemene conclusies kunnen uit deze getallen niet

worden afgeleid, wegens het kleine aantal deelnemers aan het onderzoek.

Conclusie

Aan de uitslag kan geen algemene geldigheid worden ontleend door het kleine aantal deelnemers aan dit onderzoek.

Waarom dan toch veel tijd, energie en geld gespendeerd om uiteindelijk met kleine getallen te eindigen? En waarom publicatie van deze kleine getallen, waarmee geen algemeen geldende antwoorden op de in de inleiding gestelde vragen kunnen worden verkregen? Ten eerste om te laten zien, dat er ook in Nederland bereidheid is gedegen onderzoek op te zetten en uit te voeren volgens een door homeopathisch en allopathisch werkende artsen ontworpen protocol. Ten tweede om aan te tonen, dat een dergelijk protocol wel degelijk operationeel is.

Op meer plaatsen in Nederland is intussen echter duidelijk geworden, dat het welslagen van een gecombineerd onderzoek in de huidige tijdsgeest vastloopt op gebrek aan medewerking.

De onjuiste uitspraak, dat homeopathie nooit wetenschappelijk onderzocht is, althans in Nederland, zal op deze wijze nog lang voortleven. (16-18) Homeopathisch werkende collega's zijn niet zo naïef om alles van twee eeuwen geleden zomaar voor waar aan te nemen. (19) Er is behoefte zin en onzin van elkaar te scheiden. Gezien de wens tot synthese (20) ligt het voor de hand de richting van gezamenlijk onderzoek in te gaan.

* Dit artikel werd afgerond in januari 1991.

Aanbevelingen

De oplossing voor het hierboven geschetste probleem is een geïntegreerde (poli)kliniek, waar homeopathie kan worden onderwezen, toegepast en getoetst in samenhang met de universitaire geneeskundige principes. In Winterswijk is reeds een breder initiatief op gang gekomen met meerdere niet reguliere disciplines onder één dak. Deze opzet heeft het bezwaar, dat de homeopathie ter plaatse door één homeopathisch arts wordt toegepast, die dan tevens bepalend wordt voor de kwaliteit van toekomstig onderzoek. Aanpassing van de methodologie is noodzakelijk. Een van de nodige aanpassingen bij dubbelblind homeopathisch onderzoek is preselectie van potentiële respondenten, die vervolgens over de onderzoeks-

groepen gerandomiseerd kunnen worden. Het is eenvoudiger twee onderzoeksgroepen te formeren, namelijk homeopathie en placebo. Daarbij zijn minder patiënten nodig om tot duidelijke uitspraken te kunnen komen.

Mei dank aan P. Knipschild, Vakgroep Epidemiologie Rijksuniversiteit Limburg, en L. Rutten, homeopathisch arts te Breda, voor hun bijdragen als leden van de databeoordelingscommissie.

Tevens dank aan M.D. Dicke, directeur farma VSM, en M. Steeghs, (destijds) ziekenhuisapotheker in opleiding, voor hun waardevolle commentaar op dit manuscript.

Literatuur

- 1 Kohier, G. *Lehrbuch der Homeopathie*. Stuttgart, Hippokrates Verlag, 1983.
- 2 Jones, H. W. e.a. Surveillance in ulcerative colitis: burdens and benefits. *Gut*, 1988, 29, 3²-33².
- 3 Wiegant, F.A.C., Wijk, R. van. Kramers, C.W., Het effect van alternatieve geneeswijzen, *Medisch Contact* 1990, nr. 20, 640-642.
- 4 James, I., Tactics and practicalities. *Complem.Med. Research* 1989, vol. 3, nr. 3, 7-10.
- j Aldridge, D., A guide to preparing a research application. *Complem.Med.Research* 1989, vol. 3, nr. 3, 3¹-37¹.
- 6 Anthony, H., Clinical research, questions to ask and the benefits of asking them. *Complem.Med.Research* 1989, vol. 3, nr. 3, 3-6.
- 7 Crichton, N., The importance of statistics in research design. *Complem.Med.Research* 1990, vol. 4, nr. 2, 42-50.
- 8 Heron, J., Critique of conventional research methodology. *Complem.Med.Research* 1986, vol. i, nr. i, 12-22.
- g Jansen, G.R.H.J., Veer, A.L.J. van der, Kuy, A. van der, Hagenaars J., Over bewijsvoering in de homeopathie. *Medisch Contact* 1988, nr. 51/52, ingezonden brief.
- 10 Jongh, J.K. de, *Critische beschouwingen over de homeopathie*. Proefschrift, Utrecht 1943.
- // Renckens, C.N.M., Is de homeopathie werkelijk succesvol? *Medisch Contact* 1989, nr. 25, 847-848.
- 12 Braak, G. J. ter, Bestaat de homeopathie? Effectmeting onvoldoende. *Medisch Contact* 1990, nr. 13, 419-421.
- 13 Cense, W.H. in *Medisch Contact* 1990, nr. 51/52, 1530.
- 14 Menges, L.J., Reguliere artsen oordelen over alternatieve geneeswijzen, terwijl ze absoluut geen kennis van zaken hebben. *Medisch Contact* 1990, nr. 48, 1431-1433.
- 75 Rao, S.S.C, et al., Symptoms and stool patterns in patients with ulcerative colitis. *Gut*, 1988, 29, 342-345.
- 16 Poitevin, B., *Le devenir de l'homeopathie*. Parijs, Doin Editeurs 1987.
- 17 Righetti, M., *Forschung in der homöopathie*. Göttingen, Burgdorf Verlag 1988.
- 18 Feijter, R. de, Feher, C.M., Peeters, F.A.H., *Onderzoek naar werking en werkzaamheid van homoeopathica, een literatuuroverzicht*. Alkmaar, VSM, 1990.
- 19 Kleijnen, J., Knipschild, P., Riet, G. ter, Clinical trials of homoeopathy. *British Medical Journal*, vol. 320, 316-323.
- 20 Zie 12 en 13.

BIJLAGE H IVDUBBELBLIND VERGELIJKEND ONDERZOEK MET PLACEBO-CONTROLE NAAR
HET EFFECT VAN EEN HOMOEOPATHISCHE BEHANDELING VAN PATIËNTEN
MET FIBROMYALGIE

Een delegatie uit de commissie heeft, in eerste instantie op verzoek van de onderzoeker en vervolgens, nadat een subsidieaanvraag was ingediend, op verzoek van de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen van het Ministerie van WVC, een voorstel voor een dubbelblind onderzoek met placebo-controle naar het effect van een homoeopathische behandeling bij patiënten met fibromyalgie bestudeerd. Het onderzoek zou worden uitgevoerd in de polikliniek van een academische ziekenhuis. Aan de patiënten zou worden gevraagd over een periode van 6 maanden 6 keer naar de polikliniek te komen. In deze periode waren 4 gesprekken met een homoeopathisch arts geplanned, waarna telkens een medicijndosis zou worden versterkt. Het eerste consult zou mede beoordeeld worden door een tweede homoeopathisch arts via een video-opname, zodat de resultaten (in het bijzonder ten aanzien van de voor te schrijven medicatie (- de homoeopathische diagnose)) minder afhankelijk zouden zijn van één persoon.

Aan het begin en aan het eind van het onderzoek zou de patiënt worden gezien door een reumatoloog, en zou de drukpijnlijkheid van de spieren worden getest door een onderzoeksassistente. Tevens zou aan de patiënt een gedetailleerde vragenlijst worden voorgelegd. Aan het begin van het onderzoek was een beperkt bloedonderzoek geplanned, tenzij een dergelijk onderzoek kort geleden had plaatsgevonden.

Na de eerste 4 maanden zou worden gewisseld zodat degenen die tot dan toe 'placebo' ontvingen, nu het verum zouden krijgen en omgekeerd. Twee maanden daarna was nog een laatste

gesprek met de homoeopathische arts voorzien.

Ondanks de in principe positieve reactie van de commissie is in een later stadium, mede gezien de aarzelingen van andere externe referenten, besloten dit project niet te subsidiëren.

BIJLAGE H VHOMOEOPATHISCHE GENEESMIDDELEN BIJ JEUGDIGEN MET WRATTEN

Op verzoek van de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft de commissie zich verdiept in een voorstel voor een onderzoek (dubbelblind en met placebo-controle) naar het effect van homoeopathische geneesmiddelen bij jeugdigen (2-18 jaar) met wratten. Doel was het verloop van het totale aantal wratten per kind na te gaan onder invloed van de medicatie.

Voorts zou worden gezien of zich complicerende huidklachten zouden voordoen, of tijdens het onderzoek nieuwe klachten optraden en zo ja, of deze als syndroom-verschuiving zouden kunnen worden geïnterpreteerd.

Tevens zou met behulp van vragenlijsten het algemeen welbevinden kort na afloop van de deelname worden vergeleken met de score voor het begin van het onderzoek.

Daar de commissie op verschillende punten commentaar op dit voorstel had, heeft zij aangeboden met de onderzoekers nader over het project van gedachten te wisselen.

Ten departemente is evenwel beslist het onderzoek, in afwachting van nog lopende projecten en gezien de geringe beleidsrelevantie, niet te subsidiëren.

BIJLAGE XIV

RAPPORTAGE WERKGROEP MANUELE THERAPIE

MANUELE THERAPIE

Ik zeg: mijn lijf zit vaster dan mijn
geest, tegen de man die mij bewegen
kan en hardop denken durft: u
draagt verkeerde lasten op uw rug.
Zijn hand tast een voor een mijn
wervels af

Geschokt voel ik hoe nauw ik
met mijzelf toch samenhang en
vraag: vind u mij gek en of ik
hier soms even huilen mag.

Hij kijkt beschroomd naar buiten,
merkt op hoe vroeg de vogels met
hun nesten zijn. Zijn hand zoekt bot
en raakt in mij de diepste pijn.

Marijke van Hooff

Met toestemming van de uitgever over-
genomen uit de bundel 'Het Daluur',
Bzztöh, 's-Gravenhage 1990.

INHOUDSOPGAVE

<u>CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK</u>		
<u>NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN MANUELE THERAPIE</u>		677
VERANTWOORDING		679
1.1	De Werkgroep Manuele Therapie	679
1.2	Vraagstelling	679
1.3	Activiteiten	679
MANUELE THERAPIE		682
2.1	Osteopathie	682
2.2	Chiropractie	683
2.3	Orthopedische geneeskunde (methode Cyriax)	684
2.4	Manuele geneeskunde (methode Eindhoven)	684
2.5	Manuele therapie (methode van der Bijl)	685
2.6	Orthomanuele geneeskunde (methode Sickness)	686
2.7	Vergelijking van de verschillende methoden	687
<u>REGULIER OF ALTERNATIEF?</u>		688
<u>WIE BEOEFENEN MANUELE THERAPIE?</u>		691
<u>GEPUBLICEERD ONDERZOEK</u>		692
<u>AANBEVELINGEN VAN DE WERKGROEP MET BETREKKING TOT</u>		
<u>TOEKOMSTIG WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK</u>		695
7	<u>LITTERATUUR</u>	696
<u>BIJLAGEN</u>		
M.I	EEN ONDERZOEK NAAR DE WAARDE VAN ORTHOMANUELE	
	GENEESKUNDE	701

M.II	ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN EEN BEHANDELING VAN KLACHTEN VAN HOOFD, NEK EN SCHOUDERS, KOMENDE VANUIT DE HALSWERVELKOLOM	709
DOOR DE COMMISSIE BEOORDEELD ONDERZOEKSVORSTEL:		
M.III	VOORSTEL VOOR EEN ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN FYSIOTHERAPIE EN CHIROPRACTIE BIJ DE BEHAN DELING VAN SPANNINGSHOOFDPIJN	713

CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK
NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN MANUELE THERAPIE

Het is in principe mogelijk het effect van manuele therapie te onderzoeken met behulp van een vergelijkend, gerandomiseerd onderzoek. Gezien de aard van de behandeling (manipulatie) is een placebo-behandeling* ongewenst (risico dat de patiënt schade oploopt).

Beoordeling van de behandelresultaten kan geblindeerd geschieden.

Gezien de verschillende claims van de verschillende vormen van manuele therapie, zullen ter bepaling van het effect daarvan verschillende onderzoeksvoorstellen nodig zijn. Globaal zijn twee categorieën te onderscheiden:

- 1) het onderzoek richt zich uitsluitend op de invloed van de behandelwijze op klachten van het bewegingsapparaat
- 2) het onderzoek richt zich ook op de andere aandoeningen die de methode claimt te kunnen beïnvloeden.

Te toetsen hypothesen:

Ad 3.1) de onderzochte vorm van manuele therapie heeft een gunstig effect op reversibele functiestoornissen van het bewegingsapparaat (dat wil zeggen: bespoedigt het herstel)

Bedoeld is hier: ofwel een manueel-therapeutische handeling op een niet-geïndiceerde locatie, ofwel een anderssoortige handeling op de geïndiceerde locatie.

Ad 3.2) de onderzochte vorm van manuele therapie heeft een gunstig effect op de voor deze behandelwijze als indicatie genoemde klachten.

VERANTWOORDING

1.1 DE WERKGROEP MANUELE THERAPIE

Door de Voorzitter van de Gezondheidsraad is bij besluit dd 11 november 1985 ingesteld de Werkgroep Manuele Therapie .

Namens de commissie hadden in deze werkgroep zitting prof dr PA Vroon, Voorzitter (tot april 1987), dr HA van Geuns*, prof dr GJ Mellenbergh en dr HS Verbrugh (Voorzitter vanaf april 1987).

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Therapie (NVMT) heeft, op verzoek van de Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG), afgevaardigd dr R Gaymans j r en ED Keizer, arts.

Als secretaris van de werkgroep fungeerde mw MA Goppel, secretaris van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen.

1.2 VRAAGSTELLING

Aan de Werkgroep Manuele Therapie is gevraagd aan te geven met welke onderzoeksmethodieken de effectiviteit van 'de manuele therapie' zou kunnen worden onderzocht.

1.3 ACTIVITEITEN

De werkgroep heeft in de periode oktober 1985 - november 1990 zevenmaal vergaderd. Voornaamste onderwerp van

dr van Geuns is op 14 november 1988 overleden.

bespreking was de wijze waarop de opdracht van de commissie, namelijk het opstellen van (een) voorstel(len) voor een onderzoek met behulp waarvan de effectiviteit van manuele therapie kan worden aangetoond, zou kunnen worden uitgevoerd.

Daarnaast is in de meeste vergaderingen aandacht besteed aan de uitwerking van een - reeds in een eerder stadium aan de plenaire commissie voorgelegd - onderzoeksvoorstel betreffende het effect van een bepaalde richting in de manuele therapie, de orthomanipulatie (zie 2.6). In de vijfde vergadering heeft de werkgroep gesproken met de indieners van dit voorstel, de artsen JWB Albers en ED Keizer, en hun adviseurs prof APJ Abrahamse en drs H Geilenkirchen. WVC heeft voor dit project subsidie verleend; het onderzoek is inmiddels afgerond en heeft geleid tot een proefschrift dat door beide onderzoekers in 1990 is verdedigd (Alb90) (zie bijlage M.I).

In de derde vergadering heeft de werkgroep van gedachten gewisseld met de onderzoekers drs LM Bouter en prof dr PG Knipschild (Vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek, Rijksuniversiteit Limburg) over een voorstel voor een vergelijkend onderzoek naar het effect van manuele therapie (zie 2.5), fysiotherapie en conventionele behandeling door de huisarts bij langdurige specifieke rug- en nekklachten. In dit onderzoek, dat is gesubsidieerd door WVC en de Ziekenfondsraad tezamen, konden in totaal 256 patiënten worden opgenomen. De resultaten zijn in verschillende tijdschriften gepubliceerd (Koe91,92a). Het onderzoek heeft tevens geleid tot een proefschrift dat in maart 1992 is verdedigd (Koe92c; zie ook hoofdstuk 5).

Bovendien heeft een delegatie uit de werkgroep gesproken met dr J Patijn, neuroloog, verbonden aan het Instituut voor Manuele Geneeskunde te Eindhoven (zie 2.4). Deze heeft de werkgroep informatie verschaft betreffende het gecomputeriseerde registratiesysteem dat hij in dit Instituut heeft opgezet. Dit systeem geeft inzicht in de kenmerken van de naar het Instituut verwezen patiënten en de redenen van verwijzing; ook de behandelwijze, de duur van de behandeling en de resultaten daarvan worden geregistreerd. Met behulp van dit registratie-

systeem zouden • homogene onderzoekspopulaties kunnen worden samengesteld. Dr Patijn heeft op basis van dit systeem een voorstel voor een onderzoek naar het effect van manuele geneeskunde bij patiënten met hoofdpijn geformuleerd (Pat87). In principe kan van dit registratie systeem - waarmede inmiddels ruime ervaring is opgedaan - gebruik worden gemaakt bij elk onderzoek op het gebied van de manuele geneeskunde.

De werkgroep heeft een voorstel uitgewerkt voor een vergelijkend onderzoek naar het effect van manuele geneeskunde en conventionele behandeling door de huisarts bij klachten van hoofd, nek en schouders die voortkomen uit de halswervelkolom. Hiertoe is onder meer door het werkgroeplid Gaymans overleg gepleegd met enkele manueel-geneeskundigen en huisartsen in diens regio. Een samenvatting van dit onderzoeksvoorstel is opgenomen als bijlage M. II bij deze rapportage. Het onderzoeksvoorstel is, na overleg met de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit Rotterdam inzake mogelijke begeleiding in 1988 aan het Ministerie van WVC voorgelegd met een verzoek om subsidie. Dit verzoek is afgewezen, onder andere omdat te dien tijde reeds toezeggingen inzake subsidiëring van bovengenoemd project van de Rijksuniversiteit Limburg waren gedaan (WVC88; zie ook hoofdstuk 3 van deze rapportage) .

MANUELE THERAPIE

In Nederland worden verschillende vormen van manuele therapie toegepast. Zij onderscheiden zich door de techniek van onderzoek, de techniek van behandeling en de achterliggende filosofie, zij het dat dit onderscheid niet altijd duidelijk is. Hieronder zal getracht worden enige ordening aan te brengen. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de manuele therapie als 'alternatief' te beschouwen is.

2.1 OSTEOPATHIE

AT Still, arts, zendeling en ingenieur te Missouri, USA (1828-1917) ontwikkelde vanuit een zeer grondige kennis van de anatomie, verkregen door talloze lijkschouwingen en chirurgische ervaring uit de Amerikaanse burgeroorlog, een vorm van geneeskunde die hij osteopathie noemde.

Still beschouwde bloed, lymfe en liquor als dragers van de 'levensenergie'. Ziekte zou een gevolg zijn van stuwning of stagnatie van deze 'levenssappen'; oorzaak daarvan zou een verstoring van de anatomische structuur - een zogenaamde 'osteopathische laesie' - zijn. Still behandelde dergelijke laesies, die in iedere weefselovergang en in elk type weefsel konden worden aangetroffen, alleen met de handen. De zelfgenezende kracht van het lichaam moest vervolgens de rest doen. Deze behandelwijze was, zeker vergeleken met de weinig werkzame maar wel vaak toxische geneesmiddelen van die tijd, zo effectief dat zij een stormachtige groei doormaakte.

In later jaren zijn verschillende vormen van osteopathie ontstaan, uiteenlopend van manuele behandeling van een

grote scala van aandoeningen op basis van het oorspronkelijke uitgangspunt van de 'osteopathische laesie' (voornamelijk in Frankrijk en België) tot een verzameling technieken van manipulatie van het skelet uitsluitend ter behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat. De basis voor de diagnostiek wordt, wat betreft het bewegingsapparaat, gevormd door het testen van de gewrichtsfunctie op zogenaamde 'blokkeringen'; hieronder worden bewegingsbeperkingen van het gewricht verstaan waaraan geen anatomische afwijkingen ten grondslag behoeven te liggen.

De behandeling bestaat uit het opheffen van deze blokkeringen door middel van manipulatie. Hierbij wordt soms een knappend geluid gehoord, hetgeen betekent dat de behandeling geslaagd is.

2.2 CHIROPRACTIE

Eveneens in de Verenigde Staten ontwikkelde DD Palmer, specerijenhandelaar (1845-1913), waarschijnlijk na een bezoek aan Still, de chiropractie. Bij deze methode worden door behandeling van zogenaamde 'subluxaties' (gewijzigde stand van wervels ten opzichte van de aansluitende wervels), uittredende zenuwwortels bevrijd van beklemming, waardoor aandoeningen van de rug - maar ook van inwendige organen - zouden kunnen genezen. De manipulatietechniek (men spreekt van 'adjustment') is doorgaans wat harder dan bij de osteopathie; ook hier hoort men vaak een krakend geluid. De diagnostiek vindt voor een groot deel plaats op basis van röntgenfoto's.

De chiropractie beschouwt zichzelf als een natuurgeeneswijze; getracht wordt de gezondheid van de gehele mens te bevorderen, in stand te houden of te herstellen door de vitale krachten in het organisme zelf te bevorderen. Naast het opheffen van eventueel bestaande communicatiestoornissen in het zenuwstelsel door de chiropractor, wordt positief denken hierbij essentieel geacht.

2.3 ORTHOPEDISCHE GENEESKUNDE (METHODE CYRIAX)

In Engeland introduceerde J Cyriax, orthopaed, in 1929 naast naast de inmiddels bestaande osteopathie en chiropractie, een eigen methode die vooral is gericht op het vinden van aandoeningen in de weke delen van het bewegingsapparaat. Het belangrijkste aspect van deze 'orthopedie zonder operaties' is de bijzonder systematische diagnostiek van de aangedane spier of band. De behandeling bestaat onder andere uit zogenaamde 'diepe dwarse frictie' (zeer lokaal toegepaste massage), mobiliseren en rekken, manipulatie, injecties met verdovende vloeistof en/of corticosteroiden en tractie.

Problemen in de wervelkolom worden volgens Cyriax veroorzaakt door het uitpuilen van de tussenwervelschijf. De aanpak van deze aandoeningen is aanmerkelijk minder subtiel en systematisch dan die van de extremiteiten, spieren, bursae en banden. Ter uitsluiting van ernstige aandoeningen worden röntgenfoto's gemaakt.

2.4 MANUELE GENEESKUNDE (METHODE EINDHOVEN)

De manuele geneeskunde werd ontwikkeld uit de osteopathie en de chiropractie. In Nederland hield, tot het eind van de zestiger jaren, slechts een enkeling die in het buitenland was opgeleid zich bezig met deze geneeswijze.

In 1967 richtte Ir F Philips in Eindhoven de Stichting voor Manuele Geneeskunde op. Deze Stichting kreeg een opleidingsinstituut en een polikliniek ter beschikking.

Bij de manuele geneeskunde is het onderzoek van het bewegingsapparaat gericht op het met grote precisie opsporen van 'gewrichtsblokkeringen'. Evenals in de osteopathie wordt onder een blokkering (of reversibele functiestoornis) een functiestoornis van een gewricht verstaan; hieraan behoeven geen anatomische afwijkingen ten grondslag te liggen. Een dergelijke blokkering zou de oorzaak zijn van een verkeerde houding of beperkte bewegelijkheid en van pijn in het corresponderende deel van het bewegingsapparaat, bijvoorbeeld de onder-

rug. De bewegingsbeperking bij een blokkering kan mede met behulp van röntgenologisch onderzoek worden geverifieerd (voor en na de behandeling).

Blokkeringen worden behandeld door manipulatie: in een snel doorgezette beweging wordt het gewricht door zijn beperking heen getrokken, doorgaans verder dan de aktieve bewegingsmogelijkheid. Hierbij wordt een lichte knap gehoord. Doel van deze behandeling is herstel van de functie van het gewricht .

Contra-indicaties voor manipulatie worden met behulp van röntgenonderzoek opgespoord. Indien een manipulatie niet aan te bevelen of niet nodig is, wordt volstaan met het geleidelijk aan losmaken van het gewricht met behulp van rustige bewegingen, mobilisatie genoemd. Voor deze mobilisaties wordt (onder andere) gebruik gemaakt van speciale spiertechnieken (Jan88)).

Aandoeningen van banden en spieren worden nogal eens door inspuitingen met een verdovende vloeistof - al dan niet in combinatie met een corticosteroid - behandeld, zoals ook bij de methode Cyriax gebruikelijk is.

In Nederland wordt de manuele geneeskunde volgens de Eindhovense school vrijwel uitsluitend toegepast bij aandoeningen van het bewegingsapparaat. In het buitenland worden ook aandoeningen van interne aard tot het toepassingsgebied van de manuele geneeskunde gerekend.

2.5 MANUELE THERAPIE (METHODE VAN DER BIJL)

De Nederlandse heilgymnast-masseur G v.d. Bijl (1909-1977) heeft, na in Amerika een opleiding tot osteopaat te hebben gevolgd, een eigen methode van manuele therapie ontwikkeld.

Deze methode gaat er vanuit dat ieder individu een specifiek houdings- en bewegingspatroon heeft. Dit wordt bepaald door deformerende en reformerende krachten, die beide op het bewegingsapparaat inwerken. De deformerende kracht wordt gevormd door het aangrijpen van de zwaartekracht op de ver-

schillende deelzwaartepunten van het lichaam. De reformerende kracht wordt geleverd door de spieren en ligamenten. Evenwicht tussen deformerende en reformerende krachten van het bewegingsapparaat maakt het de mens mogelijk te bewegen op de manier die de minste energie kost. Dit evenwicht is voor elk individu individueel bepaald; de stand van de wervelkolom past bij de individuele aangeboren en verworven eigenschappen.

De verschillende deelzwaartepunten kunnen worden bepaald aan de hand van eenvoudige voorkeursbewegingen. Uit de ligging van de deelzwaartepunten kan worden afgeleid hoe een beweging zou moeten verlopen. Wanneer een deelzwaartepunt verschuift, zal het desbetreffende botstuk in de totale bewegingsketen een andere beweging uit gaan voeren, waardoor klachten kunnen optreden. Correctie van deze verstoorde beweging geeft correctie van het deelzwaartepunt. De manipulatie bestaat uit rustige intermitterende druk op het te corrigeren botstuk ('egg-shell'-methode).

2.6 ORTHOMANUELE GENEESKUNDE (METHODE SICKESZ)

De orthomanuele geneeskunde is eveneens een authentiek Nederlandse methode. Bij deze methode - die werd ontwikkeld door de arts M Sikesz - neemt de behandeling van een scheefstaand bekken een centrale plaats in. Deze scheefstand kan verantwoordelijk zijn voor een verkeerde houding, bewegingsbeperking en pijn in het bewegingsapparaat, bijvoorbeeld de nek. Scheefstand van wervels wordt tevens gezien als oorzaak van storing in het autonome zenuwstelsel; daarom worden ook klachten van interne aard (zoals maagklachten en hartkloppingen) tot het toepassingsgebied van de orthomanuele geneeskunde gerekend.

De methode van onderzoek bestaat uit het met grote precisie vaststellen van de stand van de wervels, de samenstellende delen van het bekken en de positie van gewrichtsdelen ten opzichte van elkaar. Hierbij wordt geen gebruik gemaakt van röntgendiagnostiek.

De scheefstand wordt met lichte vibraties in een be-

paalde volgorde in een aantal zittingen gecorrigeerd.

Aandoeningen van spieren en banden worden niet apart behandeld omdat deze worden beschouwd als een gevolg van een scheefstand.

2.7 VERGELIJKING VAN DE VERSCHILLENDE METHODEN

Uit het in 2.1 t/m 2.6 gegeven overzicht blijkt dat, ondanks de grote diversiteit in uitgangspunten, de manuele therapieën ruwweg in twee categorieën kunnen worden gesplitst: behandelwijzen die zich uitsluitend richten op klachten betreffende het bewegingsapparaat (Cyriax, Eindhoven, v.d. Bijl) en behandelwijzen die aandoeningen in alle orgaansystemen tot hun indicatiegebied rekenen (osteopathie, chiropractie, Sickness).

REGULIER OF ALTERNATIEF?

Of de verschillende vormen van manuele therapie als 'regulier' of als 'alternatief' worden beschouwd, hangt af van de afgrenzing van deze begrippen.

Wanneer het criterium is: wordt wel/niet gedoceerd aan de Nederlandse universiteiten, kan men alle manuele therapieën alternatief noemen.

Ziet men manuele therapie (methoden v.d. Bijl of Eindhoven) als een 'verbijzondering' van de fysiotherapie, dan kan men deze vormen van manuele therapie als reguliere paramedische behandelwijzen beschouwen.

Wanneer als criterium voor het regulier of alternatief zijn van manuele therapie het al dan niet wetenschappelijk aanvaard zijn van de behandelwijze wordt genomen, is een definitieve uitspraak minder eenvoudig. In een aantal opzichten wijken de principes van de verschillende vormen van manuele therapie niet af van de reguliere geneeskunde. Anatomie, neuro-anatomie en neuro-fysiologie zijn evenzeer basiswetenschappen voor de manuele therapie als voor de reguliere geneeskunde. Alternatief is de andere zienswijze van waaruit deze kennis door sommige scholen (osteopathie, chiropractie) wordt toegepast waarbij een 'holistisch' of 'integraal' mensbeeld een rol speelt. Bij andere scholen (Sickesz) zou men de interpretatie van reguliere gegevens alternatief kunnen noemen.

Verschillend in manuele therapie en reguliere geneeskunde is de diagnostiek bij klachten betreffende het bewegingsapparaat: de reguliere diagnostiek richt zich bij dergelijke klachten voornamelijk op de grove functie en pijnlijkheid, terwijl in de manuele therapie specifieke functiedia-

gnostiek wordt bedreven, vooral gericht op de zogenaamde 'joint-play', dat is de speelruimte die in een gewricht behoort te zitten buiten zijn actieve bewegingsgrenzen. De orthomanele geneeskunde stelt de diagnose aan de hand van de stand van de gewrichtsdelen ten opzichte van elkaar (positie-diagnostiek). Deze verschillen op zichzelf behoeven geen reden te vormen de manuele therapie als alternatief te bestempelen. Telkenmale echter blijkt dat artsen die geen opleiding manuele therapie hebben gevolgd, de manueel-geneeskundige diagnose niet 'zien'. Bovendien zijn zij van mening dat wat de manueel-geneeskundige diagnostiseert theoretisch niet kan en (daarom) geloven zij niet in de juistheid van de diagnose. Dit wordt versterkt door het feit dat het ook met behulp van röntgenologische functie-opnamen (nog?), niet is gelukt blokkeringen of het herstel van een normale segmentale beweeglijkheid na geslaagde manipulatie objectief vast te leggen. De diagnostiek kan derhalve toch een reden zijn om de manuele therapie als alternatief te beschouwen.

Beziet men het in combinatie met manuele therapie beoefenen van de een of andere vorm van als alternatief aangeduide behandelwijze(n), dan blijkt dat men onder manueel-geneeskundigen/therapeuten beoefenaars van de homeopathie, de acupunctuur en in enkele gevallen de natuurgeneeswijze vindt (Maa86). De chiropractoren passen, in combinatie met natuurgeneeskundige uitgangspunten, ook biofeedback-apparatuur toe.

Wanneer men het antwoord op de vraag 'regulier of alternatief' poogt te destilleren uit de houding van de ziektekostenverzekeraars, dan blijkt dat in 1986 nog geen enkel ziekenfonds bereid was manueel-therapeutische behandelingen te vergoeden; enkele particuliere verzekeringen waren daartoe (in zeer uiteenlopende mate) wel bereid (Maa86). Naar de werkgroep ter ore is gekomen, stijgt de vergoedingsbereidheid bij zowel ziekenfondsen als particuliere ziektekostenverzekeraars echter snel*. De werkgroep verwacht dat de maatschappelijke acceptatie

Zie paragraaf 4.2 van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.

van alternatieve therapieën in het algemeen en van de manuele therapie in het onderhavige geval hieraan eerder ten grondslag ligt dan overtuigende resultaten van inmiddels gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Zij baseert dit mede op verschillende artikelen waarin wordt aangetoond dat positieve resultaten van wetenschappelijk onderzoek voor erkenning van een bepaalde behandelwijze door cliënten/patiënten en verzekeraars niet noodzakelijk zijn (Vro86, Maa87, DAG89).

Dit lijkt te worden gesteund door uitspraken van Nederlandse deskundigen: stelde enerzijds Lankhorst in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in 1987 (Lan87)

'Het is in ieder geval nog niet gelukt de predikaten 'alternatief' en 'controversieel' definitief af te schudden',

anderzijds schreef de Directeur-Generaal voor de Volksgezondheid in de afwijzende beschikking naar aanleiding van een subsidie-aanvraag :

'Inhoudelijk behoort de manuele therapie niet meer tot de alternatieve geneeswijzen waarvan de effectiviteit nog bewezen moet worden' (WVC88).

Deze uitspraak wordt bevestigd door de conclusie van een door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg) uitgevoerd project 'Samenwerking reguliere en alternatieve genezers (onderdeel Huisartsen en alternatieve geneeswijzen)':

'Het moment lijkt gekomen om manuele geneeskunde en therapie niet langer tot de alternatieve geneeswijzen te rekenen, maar te beschouwen als onderdeel van de reguliere gezondheidszorg' (Vis88).

Omdat de vraag 'regulier of alternatief' zeker ten tijde van de aanvang van de werkzaamheden van de commissie niet op een voor ieder acceptabele wijze was te beantwoorden, is al in een vroeg stadium van de beraadslagingen besloten de manuele therapie in de beschouwingen de Commissie Alternatieve Behandelwijzen te betrekken.

WIE BEOEFENEN MANUELE THERAPIE?

Hoewel in vele ons omringende landen (onder andere Duitsland, Frankrijk en België) de manuele therapie uitsluitend door artsen uitgeoefend mag worden, zijn in Nederland enkele duizenden fysiotherapeuten opgeleid volgens de methoden Eindhoven, van der Bijl en Cyriax. De hier te lande werkzame chiropractoren hebben allen in het buitenland een specifieke beroepsopleiding gevolgd. Daarnaast praktiseren vele beroepsbeoefenaars die een andere opleiding op dit gebied hebben gevolgd (Maa86) .

De problematiek waar de patiënt mee komt die manueel geneeskundige hulp inroept, is doorgaans ernstig en complex. Daarom acht de werkgroep het van belang dat in elk geval een arts de diagnose stelt. Indien de arts zelf geen opleiding manuele therapie heeft gevolgd en geen behandelervaring heeft, zal hij in voorkomende gevallen zijn patiënten moeten verwijzen naar een op dit gebied wel geschoolde behandelaar. Hiertoe is het van belang dat de arts tijdens zijn opleiding kennis heeft genomen van de mogelijkheden en beperkingen van de verschillende vormen van manuele therapie.

GEPUBLICEERD ONDERZOEK

Hoewel over de effecten van manuele therapie bij verschillende aandoeningen vrij veel is geschreven, zijn er niet veel publicaties betreffende goed opgezet, gerandomiseerd klinisch onderzoek.

Uit 8 van de 11 door Lankhorst (Lan87) in het eerder genoemde overzichtsartikel 'Manuele Therapie' beschreven gecontroleerde onderzoeken kwam naar voren dat manipulatie bij rugklachten een snellere verbetering geeft dan de fysiotherapie, analgetica of placebo-therapie die de controlegroepen kregen. Op langere termijn was echter geen verschil meer te constateren tussen de manipulatie- en de controlegroepen. Bij nekklachten worden vergelijkbare resultaten gemeld.

Uit het in paragraaf 1.2 genoemde onderzoek van Albers en Keizer komt naar voren dat orthomanipulatie ook op de langere termijn en ook bij langdurig bestaande (tot 10 jaar) klachten van het bewegingsapparaat effectief is (Alb90, Kei90).

Bouter publiceerde in 1985 in Medisch Contact een overzicht van publicaties betreffende het effect van de verschillende vormen van manuele therapie bij lage rugpijn (Bou85a). Zijn conclusie luidde dat

'het op grond van de besproken literatuur niet mogelijk is een gefundeerd oordeel te vellen ten aanzien van het nut van manuele therapie voor de groep lage rugpijn-patiënten als geheel'. Bouter besluit: 'De vraag naar de effectiviteit van manuele therapie bij lage rugklachten kan alleen door experimenteel onderzoek bij homogene groepen patiënten worden beantwoord.'

Een dergelijk onderzoek heeft in de daarop volgende jaren plaatsgevonden; de resultaten van het onderzoek en van

het daaraan ten grondslag liggende literatuuronderzoek zijn neergelegd in de dissertatie 'Efficacy of manual therapy and physiotherapy for back and neck complaints' (Koe92c) . Uit dit onderzoek kwam naar voren dat fysiotherapie en manuele therapie bij de behandeling van rug- en nekklachten een beter resultaat opleverden dan de behandeling door de huisarts of placebo-behandeling en dat manuele therapie, in vergelijking met fysiotherapie, betere resultaten lijkt te hebben bij chronische patiënten (duur van de klacht 1 jaar of langer) en bij patiënten jonger dan 40 jaar. Deze verschillen waren het grootst na 12 maanden follow-up. Opgemerkt werd evenwel:

'Patients responded also remarkably well to the placebo therapy. This, however, does not alter this conclusion but suggests the importance of the non-specific effects of a referral. Though this phenomenon needs further study and is not fully understood yet, knowledge that non-specific effects (e.g. extra attention) are that important should preferably be used in a positive sense in the approach and treatment of patients with back and neck complaints.'

Vermeld kan ten slotte worden dat, eveneens door de onderzoekers verbonden aan de Rijksuniversiteit Limburg, de internationale literatuur betreffende chiropractie is geïnventariseerd en samengevat; de resultaten zijn beschreven in de uitgave 'Chiropractie in Nederland' (Ass91). Het rapport wordt besloten met een aantal 'beleidsaanbevelingen', waaruit, op het gebied van onderzoek, kan worden geciteerd:

'Aanvullend onderzoek naar de motieven van patiënten om chiropractische behandeling te zoeken* en naar de motieven van met name huisartsen om (niet) naar een chiropractor te verwijzen is gewenst. Tevens zou onderzocht dienen te worden waarom chiropractoren relatief weinig naar artsen doorverwijzen c.q. terugverwijzen.'

'Voor een meer afgewogen oordeel over de effectiviteit van chiropractie dienen de resultaten van momenteel lopende randomized clinical trials te worden afgewacht. Daarnaast is het voor de indicatiegebieden nek- en hoofdpijn noodzakelijk dat nog nieuwe randomized clinical trials worden op-

Dit onderzoek zou deel uit kunnen maken van een algemener onderzoek naar de 'gezondheidszorg- en verzekeringscarrière' van bepaalde categorieën patiënten.

gestart. Gezien de sterke invloed van het gezondheidszorgsysteem op het ontwerp en de uitvoering van een dergelijke trial verdient het aanbeveling om ook in Nederland zo'n trial op te starten.'

AANBEVELINGEN VAN DE WERKGROEP MET BETREKKING TOT TOEKOMSTIG WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Gezien de tijd die is verstreken sedert de werkgroep haar voorstel voor een vergelijkend onderzoek naar het effect van manuele geneeskunde en conventionele behandeling in de huisartspraktijk formuleerde en gezien de voortgang van de in 1.3 vermelde projecten, adviseert de werkgroep allereerst deze onderzoekingen te evalueren. Een vervolgonderzoek kan dan worden opgezet met gebruikmaking van deze bevindingen. Naar het zich laat aanzien zal het, naast onderzoek dat zich richt op het effect van manuele therapie op klachten van het bewegingsapparaat, vooral interessant zijn in een dergelijk vervolgonderzoek aandacht te besteden aan de invloed van orthomanuele geneeskunde, osteopathie en chiropractie op aandoeningen van interne aard.

Daar homogene, vergelijkbare onderzoeksgroepen bij dergelijke projecten essentieel zijn, ware bij de samenstelling van de onderzoekspopulatie gebruik te maken van het in Eindhoven ontwikkelde registratiesysteem en de inmiddels daarmee opgedane ervaring.

Naar de werkgroep ter ore is gekomen, wordt, ter initiëring en coördinatie van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de manuele geneeskunde, door de beroepsgroep gewerkt aan de oprichting van een landelijke Wetenschappelijke Commissie Manuele Geneeskunde. Het lijkt raadzaam bij toekomstig onderzoek op dit gebied deze commissie in te schakelen.

LITTERATUUR

- Alb90 Albers JWB, Keizer ED. Een onderzoek naar de waarde van orthomanele geneeskunde (Proefschrift) . Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990.
- And92 Anderson R, Meeker WC, Wirick BE e.a. A Meta-Analysis of Clinical Trials of Spinal Manipulation. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 1992; 3: 181-94.
- Ano90 Anoniem. Chiropractors and low back pain. (Red). Lancet 1990: 220.
- Ass91 Assendelft WJJ, Bouter LM, Knipschild PG. Chiropractie in Nederland. Samenvatting van de internationale literatuur en verslag van een enquête onder chiropractoren, Maastricht: Boekproductie Datawyse, 1991.
- BMJ90 Ingezonden stukken naar aanleiding van Mea90. Br Med J 1990; 300: 1647-50 en 301: 341-2.
- Bou85a Bouter LM. Het effect van manuele therapie bij lage rugpijn. Med Contact 1985; 40: 357-60.
- Bou85b Bouter LM, Knipschild PG. De waarde van manuele therapie en fysiotherapie bij aspecifieke lage rugpijn. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1985; 23: 956-7.
- Bou86 Bound MHS. Personal View. Br Med J 1986; 292: 1197.
- Bou87 Bouter LM, Knipschild PG. Het experiment als paradigma voor interventie-onderzoek in de fysiotherapie. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1987; 97: 56-61.
- Con92 Consumentengids. Veel falende en overbodige gezondheidszorg. Februari 1992: 102-10.
- Con92a Conlon J. Chiropractie treatment of neck and back disorders: A review of selected studies. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, 1992.

- DAG89 AAG-Commissie Dekker en Alternatieve Geneeswijzen (DAG). Vergoeding van alternatieve geneeswijzen. Similia S Curentur 1989; 19(3): 113.
- Dij89 Dijk PA van. Manuele therapieën en complicaties. Ned Tijdschr Integrale Geneeskde 1989; 34: 539-45.
- Dij89 van Dijk P. Manuele therapieën en complicaties. Ned Tijdschr Integrale Geneeskde 1989; 5: 539-45.
- Fok91 Fokkens P. Wervelstanden lijken inderdaad orgaanfuncties te beïnvloeden. Een statistisch effectenonderzoek naar de waarde van orthomanuele geneeskunde doet om méér dan één reden stof opwaaien. Care 1991; 5: 26-9.
- Gay73 Gaymans F. Neue Mobilisations-Prinzipien und -Techniken an der WS. Man Med 1973; 2: 35-9
- Gay80 Gaymans F. Die Bedeutung der Atemtypen für die Mobilisation der Wirbelsäule. Man Med 1980; 6: 96-101
- Gay89 Gaymans R, Keizer E. Manuele Geneeswijzen. In: Integrale Geneeskunde, een inleiding. Red. Aakster CW, van Wijk R, van Dijk PA. Groningen: Wolters-Noordhoff 1989.
- Gra86 Grayson MF. Back Pain. Manipulation in back disorders. Br Med J 1986; 293: 1481-3.
- Gro91 de Groot A. Manuele therapie helpt het beste tegen rugpijn. Intermediair 1991; 3: 39.
- Had87 Hadier NM, Curtis P, Gillings DB e.a. A Benefit of Spinal Manipulation as Adjunctive Therapy for Acute Low-Back Pain: A Stratified Controlled Trial. Spine 1987; 12: 703-6.
- Hoo85 Hoogstraten J, De Meijer E, Sprangers M. Het begrip 'response-shift' en retrospectieve zelfbeoordeling. Ned Tijdschr voor de Psychol 1985; 40: 488-502
- Hun87 van Hunnik AchF. Chiropractie, een natuurlijke preventieve geneeswijze. Houten: Van Holkema en Warendorff 1986.
- Jan71 Janda V. Zur Muskelfunktion am Achsenorgan des Rumpfes. In: Wirbelsäule in Forschung und Praxis Bd 52 Stuttgart: Hippokrates 1971; 30-8
- Jan77 Janda V. Die Motorik als reflektorisches Geschehen und ihre Bedeutung in der Pathogenese vertebralegener Störungen. Man Med 1967; 5: 1-5
- Jan80 Janda V, Lewit K. Trends und Perspektiven der Manuellen Medizin. Man Med 1980; 18: 1-6

- Jay86 Jayson MIV. A limited role for manipulation. Br Med J 1986; 293: 1454-5.
- Jon86 Jonguière M. De behandeling van schouder- en elleboog-aandoeningen volgens de richtlijnen van Cyriax. Een vergelijkend onderzoek in de huisartsenpraktijk. Academisch Proefschrift, Rotterdam 1986.
- Kam88 Kaminski M, Boal R, Gilette RG e.a. Een model voor de evaluatie van chiropractiemethoden. Ned Tijdschr Integrative Geneeskde 1988; 4: 288-92.
- Kei90 Keizer ED, Albers JWB. Een onderzoek naar de waarde van orthomanele geneeskunde (Proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990.
- Kin89 Kinalski R, Kuwik W, Pietrzak D. The comparison of the results of manual therapy versus physiotherapy methods used in treatment of patients with low back pain syndroms. J Manual Medicine 1989; 4: 44-6.
- Kin91 Kingma H, Patijn J, Fischer A. Whiplash onderzoek Nederland. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991.
- Koe89 Koes BW c.s. Effectiviteit van manuele technieken bij nekklachten. Een review. MC 1989; 37: 1181-4.
- Koe91 Koes BW, Bouter LM, Knipschild PG e.a. The effectiveness of manual therapy, physiotherapy and continued treatment by the general practitioner for chronic nonspecific back and neck complaints: design of a randomized clinical trial. J Manipulative Physiol Ther 1991; 9: 498-502.
- Koe92a Koes BW, Bouter LM, van Mameren H e. a. The effectiveness of manual therapy, physiotherapy, and treatment by the general practitioner for nonspecific back and neck complaints. A randomized clinical trial. Spine 1992; 1: 28-35.
- Koe92b Koes BW, Bouter LM, van Mameren H e. a. Randomized clinical trial of manipulative therapy and physiotherapy for persistent back and neck complaints: results of one year follow up. Br Med J 1992; 304: 601-5.
- Koe92c Koes BW. Efficacy of manual therapy and physiotherapy for back and neck complaints (Proefschrift) . Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.
- Lan87 Lankhorst GJ. Manuele Therapie. Ned Tijdschr Geneeskde 1987; 131: 898-201.
- Lan91 Lankhorst GJ. Orthomanele geneeskunde. Ned Tijdschr Geneeskde 1991; 12: 502-3.

- Maa86 Maassen van den Brink H, Verschure PFMJ, Vorst HCM. Beroepsorganisaties manuele geneeswijze; een inventariserend onderzoek. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Subfaculteit Psychologie 1986.
- Maa87 Maassen van den Brink H. De kwantitatieve betekenis van de alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, september 1987.
- Mea90 Meade TW, Dyer S, Browne W e. a. Low Back pain of mechanical origin: randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment. Br Med J 1990; 300: 1431-7.
- Mil188 Milne M. Are physicians' opinions about chiropractors changing? Can Med Assoc J 1988; 138: 1052-5.
- NGF86 Fysiotherapie. De benadering van de hulpvrager. Congres Nederlands Genootschap Fysiotherapie, Amsterdam, 21 maart 1986.
- NRV92 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Beroep van Chiropractor en de Wet BIG. Zoetermeer: NRV, 1992; (publikatie nr 1992/1).
- Pat87 Patijn J. Rapport registratiesysteem. Eindhoven: Stichting Manuele Geneeskunde, 1987.
- Pat90 Patijn J, Durinck JR. Effect van manuele geneeskunde op het arbeidsverzuim. Een vergelijkend onderzoek naar de vermindering van het ziekteverzuim bij een industriële populatie. Eindhoven: Stichting Manuele Geneeskunde, 1990.
- Pat91 Patijn J, Durinck JR. Effects of manual medicine on absenteeism. J Manual Medicine 1991; 6: 49-53.
- Pat91a Patijn J, van Deursen LLJM, Ockhuysen AL e.a. Computerized registration system for manual medicine. J Manual Medicine 1991; 6: 54-8.
- She91 Shekelle PG, Brook RH. A Community-Based Study of the Use of Chiropractic Services. Am J Public Health 1991; 4: 439-42.
- Sic89 Sickness M, Bongartz EB. Orthomanuele geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 928-30.
- Ver 91 Vernon H. Spinal manipulation and headaches of cervical origin. A review of literature and presentation of cases. J Manual Medicine 1991; 6: 73-9.
- Vis88 Visser GJ. Huisartsen en alternatieve geneeswijzen. Een onderzoek naar meningen en ervaringen van huisartsen en patiënten. NIVEL, Utrecht 1988

- Vor84 Vortman BJ. Kinesiologie der Halswirbelsaule vor und nach Manipulation. Manuelle Medizin 1984; 22: 49-53.
- Vro86 Vroon PA. Wortelmetaforen en denkstijlen in de geneeskunde. Utrecht: NOVAG Congres, 8 februari 1986.
- Vro91 Vroon P. Wervels. Volkskrant, 5 januari 1991.
- WVC88 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Brief Directeur-Generaal van de Volksgezondheid aan Dr R Gaymans betreffende onderzoeksvoorstel manuele therapie in de huisartsenpraktijk. Kenmerk AS-200799 dd 28-3-1988.

BIJLAGE M.I

EEN ONDERZOEK NAAR DE WAARDE VAN ORTHOMANUELE GENEES-
KUNDE

J.W.B.ALBERS

E.D.KEIZER

EEN ONDERZOEK NAAR
DE WAARDE VAN
ORTHOMANUELE
GENEESKUNDE

UITGEVERIJ EBURON DELFT NEDERLAND 1990

Met toestemming van de auteurs is de samenvatting van dit proefschrift in deze rapportage overgenomen.

SAMENVATTING

Een veel besproken onderwerp in de geneeskunde betreft de "alternatieve" geneeswijzen, welke men zou kunnen definiëren als geneeswijzen, waarvoor geen reguliere universitaire opleiding bestaat.

Orthomanele geneeskunde (OMG) wordt tezamen met de andere vormen van manuele therapieën nog steeds gerekend tot de "alternatieve" geneeswijzen. De arts M.Sickesz heeft in de zestiger en zeventiger jaren deze geneeswijze ontwikkeld, gebaseerd op het idee dat het skelet symmetrisch is opgebouwd en dat een stoornis in deze symmetrie dikwijls verworven is en mogelijk aanleiding kan geven tot het ontstaan van klachten. Deze klachten behoeven zich niet te beperken tot die van het houdings- en bewegingsapparaat, maar kunnen ook van interne aard zijn door de invloed van de wervelkolom op het vegetatieve zenuwstelsel. De visie van collega Sickesz en de neurofysiologische theorieën ter verklaring van de bij behandeling waargenomen verschijnselen worden besproken in hoofdstuk I en D.

Hoewel er bij de artsen die deze geneeswijze toepassen op grond van praktijkervaringen een indruk bestaat van de mogelijkheden van OMG, is er tot nu toe geen grootschalig onderzoek verricht naar het beloop van de klachten of naar het algemeen welbevinden van de patiënten die met OMG behandeld worden.

Het doel van het onderhavige onderzoek is om aan te tonen, dat een positief effect van de Orthomanele behandeling op zeer uiteenlopende klachten en op het algemeen welbevinden aannemelijk is. Daartoe is een prospectief beschrijvend onderzoek verricht middels door de patiënt zelf in te vullen vragenlijsten. Verschillende aspecten van de gekozen onderzoekopzet worden besproken in hoofdstuk DI. Hier wordt dieper ingegaan op de kwaliteit van informatie verkregen uit zelfbeoordeling door de patiënten. In hoofdstuk IV wordt het protocol uitvoerig beschreven. Het protocol is zo opgezet, dat men zonder de gebruikelijke werkwijze in de betrokken praktijken te beïnvloeden, een beeld krijgt van het wedervaren van de patiënten. In- of uitsluitcriteria zijn dan ook niet gehanteerd.

De behandelende artsen hadden geen inzage in de gegevens die de patiënten middels vragenlijsten verstrekten. De patiënten zijn daarvan op de hoogte gebracht, zodat zij bij het uitbrengen van hun oordeel geen rekening behoeften te houden met een reactie van de behandelend arts. In dit onderzoek is er sprake van een voormeting, een wachtlijstmeting en een nameting. De voormeting vond plaats vóór het eerste consult en de nameting vier maanden later. Slechts wanneer de patiënt langer dan twee maanden moest wachten op het eerste consult werd de wachtlijstmeting, een tweede voormeting, verricht. Door de gegevens van deze vragenlijsten onderling te vergelijken werd een beeld verkregen van de veranderingen in de klachten en in de toestand van de patiënt, zoals de patiënt deze ervaren heeft.

Het opstellen van de vragenlijsten, die als meetinstrument zijn gebruikt, wordt besproken in hoofdstuk V.

In de periode van 1-3-1988 tot 1-3-'89 zijn door de 34 deelnemende artsen aan 3715 patiënten vragenlijsten I toegestuurd. Van deze patiënten hebben 2887 de voormeting ingevuld en geretourneerd. Gegevens betreffende de nameting zijn verkregen van 1944 patiënten. De inzameling van de gegevens is gebeurd door een onafhankelijk bureau, NSS Marktonderzoek bv. te Den Haag, en heeft plaatsgevonden tot 1 oktober 1989. Een responseverantwoording is opgenomen in hoofdstuk VI, tezamen met een bespreking van de manier waarop de resultaten van het onderzoek zijn weergegeven. Om tabellen samen te vatten is een veranderingscoëfficiënt ontwikkeld, die de mate van verandering relateert aan de maximaal mogelijke verandering.

De resultaten van de voormeting worden beschreven in hoofdstuk Vu. De onderzochte groep patiënten onderscheidt zich op een aantal punten van de Nederlandse bevolking. De geslachtsverdeling is 37% mannen tegen 63% vrouwen, de leeftijdsverdeling laat lagere percentages kinderen en bejaarden zien met dienovereenkomstig hogere percentages volwassenen tot 60 jaar. Het percentage ziekenfondsverzekerden is lager en de groep bevat een hoger percentage WAO-gerechtigden en een lager percentage gepensioneerden. De Orthomanele behandeling heeft in 37% van de gevallen plaatsgevonden op verwijzing door de huisarts of een specialist. Door de patiënten worden gemiddeld 7 klachten gemeld, waarvan de meest voorkomende die van de lage rug en de benen zijn, gevolgd door klachten van de nek en schouders, weer gevolgd door hoofdpijn. Dit zijn ook meestal de klachten die als reden tot consultatie worden opgegeven. Klachten van interne

aard zijn zelden de aanleiding geweest tot consultatie van de OMG-arts. Vrijwel alle klachten bestaan langer dan *één* jaar, de meeste zelfs langer dan vijfjaar. Het merendeel der patiënten heeft eerder reguliere medische hulp ingeroepen; bijna 90% bezocht de huisarts en bijna 60% bezocht hiervoor een specialist. De door deze medici ingestelde behandelingen variëren natuurlijk per klacht. Als meest voorkomende behandeling voor klachten van de rug en de nek wordt genoemd fysiotherapie; meer dan tweederde van de patiënten heeft deze behandelingswijze ondergaan. Hoofdpijn en buikpijn worden het vaakst medicamenteus behandeld; dit wordt aangegeven door de helft van de betreffende patiënten. Bijna een kwart van de patiënten met de vier genoemde klachten heeft het advies gekregen "er maar mee te leren leven".

Gevraagd is ook naar een aantal voorafgaande alternatieve geneeswijzen. Homeopathie is voor hoofdpijn en buikpijn de meest gezochte alternatieve hulp geweest; een kwart van de aan deze kwalen lijdende patiënten heeft hiervan gebruik gemaakt. Manuele geneeswijzen, anders dan OMG, zijn voor nekklachten en lage-rugpijn de frequentst ondergane alternatieve therapieën geweest. Voor ruim een kwart van deze klachten is die vorm van hulp gezocht alvorens de OMG-arts te consulteren.

In hoofdstuk VIII wordt de vragenlijst op interne consistentie beoordeeld. Deze is zo duidelijk aanwezig, dat wij ervan kunnen uitgaan dat de antwoorden op de verschillende vragen een ondubbelzinnig beeld vormen van het klachtenpatroon van de respondenten.

De hoofdstukken IX tot XV beschrijven de veranderingen in het welbevinden van de patiënten in de periode met orthomanuele behandeling.

Aangezien de patiënt vaak meerdere klachten heeft, kan het voorkomen dat sommige klachten verminderd zijn, maar andere heviger zijn geworden. Om inzicht te krijgen hoe de patiënt in zijn totaliteit is veranderd, zijn vragen naar de algemene toestand opgenomen in de vragenlijst. De verandering in de gezondheidstoestand, de lichamelijke en de geestelijke gesteldheid is nagegaan in hoofdstuk IX. Deze verandering werd op twee manieren bepaald, namelijk met een "indirecte" meting door de toestand vóór de behandeling te vergelijken met de toestand na de behandeling en met een "directe" meting door rechtstreeks te vragen naar de verandering van de toestand. De uitkomsten van beide metingen verschillen enigszins, hetgeen verklaard kan worden met het verschijnsel "response shift". Het globale beeld dat beide metingen opleveren, duidt op een positieve verandering in de algemene toestand. Volgens de "directe" meting vindt bijna tweederde deel van de patiënten, dat zijn gezondheidstoestand en zijn lichamelijke gesteldheid vooruit is gegaan na de onhomanuele behandeling en ruim eenderde deel van de patiënten vindt dit ook van zijn geestelijke gesteldheid.

De klachten die bij onze patiënten het meest voorkomen, zijn in afnemende frequentie, lage rugpijn, nekpijn en hoofdpijn. De veranderingen van deze klachten worden besproken in hoofdstuk X. De resultaten voor de klachten, die genoemd zijn als reden van komst bij de OMG-arts zijn voor rug-, nek- en hoofdpijn nagenoeg gelijk. Ongeveer tweederde van de respondenten geeft een vermindering aan van de last die van deze klachten wordt ondervonden. De verbetering komt tevens tot uitdrukking in een afname van de duur en de frequentie van de pijnperiode en in een afname van de intensiteit en de hinder van de pijn. Bij een uitgebreide analyse naar de resultaten bij verschillende subgroepen van de respondenten, worden geen opvallende verschillen gevonden. Lengte, gewicht, leeftijd, werkbelasting, verwijzing, gestelde diagnoses, voorgaande therapieën en adviezen, lijken alle de resultaten nauwelijks te beïnvloeden. In de appendix van dit proefschrift zijn nog enkele analyses opgenomen van subgroepen en mogelijke factoren die de resultaten zouden kunnen beïnvloeden, zoals de vergoeding van de behandelingskosten. Ook hieruit komen geen opvallende gezichtspunten naar voren.

Patiënten die speciale aandacht verdienen, zijn zij, die lijden aan een hernia nucleii pulposi en zij die geopereerd zijn wegens een hernia, maar desondanks (nog of weer opnieuw) rugklachten hebben. Hoofdstuk XI is aan hen gewijd. Verbetering van de eerste groep zou een operatie kunnen uitsparen en verbetering van de tweede groep geeft de oplossing van een probleem, dat wel als een *crux medicorum* gezien wordt. Ook deze patiënten blijken in ruim de helft van de gevallen te verbeteren.

Behalve onderzoek naar de klachten van het houdings- en bewegingsapparaat, waarvan hoofd-, nek- en rugpijn de exponenten zijn, is ook onderzoek verricht naar de verandering in de klachten van "interne" aard. Dit onderzoek wordt beschreven in hoofdstuk XII.

Klachten van "interne" aard, korthedshalve "interne klachten" genoemd, gaan vaak samen met klachten van de wervelkolom. Een aanzienlijk aantal patiënten heeft in het verleden voor deze interne klachten hun huisarts of een specialist geconsulteerd. Uit de gegevens van ons onderzoek blijkt dat patiënten een duidelijke verbetering ondervinden van hun interne klachten; grosso modo 55% gaat vooruit. Toekomstig onderzoek zal moeten aantonen of deze verandering in verband mag worden gebracht met onhomanuele behandeling. Op grond van onze praktijkervaring menen wij dat er verband aanwezig is. Rugklachten gaan vaak ook zonder enige behandeling weer over. Rugklachten die langer dan zes maanden bestaan, zijn echter volgens de heersende opvattingen chronisch geworden en daarmee behandelingsresistent. De zeggingskracht van ons onderzoek wordt in grote mate bepaald door het feit dat onze patiënten voornamelijk chronische of chronisch recidiverende klachten hebben. Indien deze patiënten bij de nameting duidelijk verbeterd zijn, kan dat moeilijk volledig worden toegeschreven aan het natuurlijk beloop van de ziekte, zodat een positief effect van de onhomanuele behandeling aannemelijk wordt. Om die reden is in hoofdstuk XIII de groep patiënten met chronische klachten geanalyseerd. Om alle twijfel uit te sluiten wat betreft de chroniciteit van de klacht, zijn patiënten onderzocht met klachten die langer dan vijf jaar geleden voor het eerst zijn opgetreden. Deze patiënten zijn vergeleken met patiënten die minder dan een jaar klachten hadden. Zoals te verwachten, is de verandering die optreedt bij degenen die minder dan een jaar klachten hebben, vrijwel steeds gunstiger dan de verandering bij patiënten met langer durende klachten. De lichamelijke gesteldheid van de patiënten met minder dan een jaar klachten ging volgens de "directe" meting in tachtig procent van de gevallen vooruit, die van patiënten met meer dan vijfjaar klachten in zeventenzestig procent van de gevallen. In hoofdstuk XIV wordt verslag gelegd van de veranderingen in de psychische gesteldheid, zoals die blijken uit de vergelijking van de voor- en de nameting. "Zorgen over de gezondheid" en "gebrek aan energie" zijn de twee klachten die het sterkst veranderen in positieve zin. De geestelijke gesteldheid in algemene zin verbetert in ruim een derde van de gevallen.

De opzet van ons onderzoek voorziet niet in een controlegroep in de gebruikelijke zin van het woord. Om toch een referentiekader te verkrijgen waarin de gerapporteerde veranderingen in het welbevinden van de met OMG behandelde patiënten kunnen worden gemeten, hebben we ook het welbevinden van patiënten geanalyseerd, die op de wachtlijst stonden in het bijzonder wat betreft hun ervaringen tijdens de periode waarin ze moesten wachten. De analyse van deze gegevens wordt besproken in hoofdstuk XV. De 162 wachtlijstpatiënten, waarvan gegevens zijn verkregen, bleken bij de voormeting, op enkele uitzonderingen na, ongeveer hetzelfde klachtenpatroon te vertonen als de direct in behandeling genomen patiënten. De behandelde patiënten blijken wat betreft de gezondheidstoestand en de lichamelijke gesteldheid significant meer vooruit te gaan dan de (nog) onbehandelde wachtlijstpatiënten. Ook blijken de later alsnog behandelde wachtlijstpatiënten een significant grotere vooruitgang te vertonen tijdens de periode met behandeling, dan tijdens de periode waarin ze moesten wachten. Ook voor klachten als hoofdpijn, nekpijn en ruggpijn is de vooruitgang van de behandelde patiënten significant groter dan die van de wachtenden. Tenslotte is de groep wachtlijstpatiënten gebruikt om het verschijnsel "response shift" te illustreren.

In deze samenvatting is alleen gesproken over de vooruitgang van de patiënten. Enige achteruitgang is natuurlijk ook geregistreerd, echter het wachtlijstsonderzoek maakt duidelijk dat het percentage patiënten, dat achteruit is gegaan in de wachtperiode, groter is dan het percentage patiënten, dat achteruit is gegaan in de periode met behandeling. Patiënten die sterk achteruit zijn gegaan in de periode met behandeling zijn apart geanalyseerd, waarvan verslag wordt gedaan in de appendix. In totaal zijn er vijf patiënten van de 1944 die aangeven, dat hun algemene toestand veel slechter is geworden door de behandeling. Geen van hen is evenwel geïnvaleideerd.

De conclusie van dit prospectief beschrijvende onderzoek is, dat de gevolgde werkwijze, waarbij alleen de mening van de patiënt gevraagd is; zinvolle gegevens oplevert. In de periode met orthomanuele behandeling gaan ongeveer twee op de drie patiënten in hun algemene toestand vooruit, hetgeen de vooruitgang tijdens de wachtperiode duidelijk overtreft. De resultaten geven steun aan de veronderstelling dat de behandeling met OMG een positief effect heeft op het algemeen welbevinden van de patiënten en op veel van hun klachten.

Het is aan te bevelen verder onderzoek te verrichten naar de resultaten op langere termijn en naar de effecten van de orthomanuele behandeling op interne klachten.

BIJLAGE M.II

ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN EEN BEHANDELING VAN
KLACHTEN VAN HOOFD. NEK EN SCHOUDERS. KOMENDE VANUIT PE
HAL SWERVELKOLOM

I MOTIVATIE

In de huisartspraktijk kent men een aanzienlijke groep patiënten met recidiverende klachten betreffende hoofd, nek en schouders, veelal voortkomend uit de halswervelkolom. Deze klachten worden in een aantal gevallen chronisch. Het is onbekend wat voor dergelijke patiënten de beste benadering is. Voorgesteld wordt daarom het effect van manuele geneeskunde, verricht in de huisartspraktijk, te vergelijken met conventionele in de eerste lijn vigerende methodieken bij een patiëntengroep met soortgelijke klachten.

II VRAAGSTELLING

Wat is het effect van toepassing van manuele geneeskunde in de huisartspraktijk in vergelijking met conventionele behandeling bij patiënten met nieuw ontstane klachten gelocaliseerd in hoofd, hals of schoudergordel die lijken te komen vanuit de wervelkolom.

III OPZET VAN HET ONDERZOEK

Gedurende een vastgestelde periode selecteren zowel manueel-geneeskundig geschoolde huisartsen als niet manueel-

geneeskundig geschoolde huisartsen (aantallen afhankelijk van de resultaten van een aan het eigenlijke onderzoek voorafgaand vooronderzoek, zie sub VI) patiënten volgens een beschreven selectiemethodiek. Alle patiënten die voldoen aan de selectiecriteria worden aangemeld voor het onderzoek.

Een manueel-geneeskundige treedt op als onderzoeksarts. Deze arts stelt vast of inderdaad sprake is van een functiestoornis in manueel-geneeskundige zin. De onderzoeksarts weet niet van welke huisarts de patiënten afkomstig zijn; dit om vooroordelen uit te sluiten. Bij dit bezoek wordt met behulp van enquêteformulieren en een anamneselijst een nauwkeurige klachtenregistratie aangelegd, waarbij ook wordt gelet op het algeheel welbevinden van de patiënt en diens psychosociaal functioneren.

Na deze onderzoeksregistratie gaat de patiënt terug naar de eigen huisarts. Deze wordt niet op de hoogte gebracht van de bevindingen van de onderzoeksarts. Hij zal de patiënt op grond van eigen bevindingen in principe drie behandelingen geven (week 0, 1 en 3).

Na afloop van de behandelperiode worden alle deelnemende patiënten wederom door de onderzoeksarts gezien; enquêtering en invullen van de vragenlijst worden herhaald.

Een follow-up onderzoek vindt plaats na zes weken en drie maanden. Ook bij deze gelegenheid worden enquêtering en invullen van de vragenlijst herhaald.

In de onderzoeksperiode wordt bovendien twee maal aan alle deelnemende patiënten een vragenlijst toegezonden met het verzoek tot nauwkeurige invulling en retournering.

IV BEHANDELING

Beide groepen artsen behandelen hun patiënten (zo nodig) gedurende drie weken hetzij manueel-geneeskundig dan wel conventioneel; dit laatste volgens een vastgesteld protocol (dat een keuze biedt uit 4 mogelijkheden of een combinatie daarvan, namelijk 1) gesprek, 2) analgetica (+ antiflogistische component), 3) locale applicaties (smeersel) of 4) centraal werkende spierrelaxantia).

Nauwkeurig wordt bijgehouden welke behandeling aan welke patiënt wordt gegeven en hoe vaak en hoeveel tijd aan de behandeling wordt besteed.

V EVALUATIE

Bij de beoordeling van de behandelmethoden wordt gelet op:

de volledigheid van herstel direct na de behandelperiode
 de duur van de behandelperiode
 de periode dat het bereikte niveau van herstel blijft bestaan na afloop van de behandelperiode
 de invloed van de behandeling op andere klachten dan die leidden tot deelname aan het onderzoek (klachten van interne aard of betreffende algemeen welbevinden)
 duur van de bovenbedoelde invloed
 het aantal benodigde contacten met de behandelend arts
 de totale kosten van behandeling.

VI OVERIGE ASPECTEN

In een informed consent-procedure is voorzien.
 Toelatings- en uitsluitingscriteria zijn nauwkeurig omschreven.
 Vragenlijsten/enquêtes zijn uitgewerkt met gebruikmaking van de ervaringen opgedaan in het vooronderzoek orthomanuele geneeskunde.
 De begroting voor een aan het onderzoek voorafgaand vooronderzoek (waaraan 4 manueel geneeskundig geschoolde en 4 niet-manueel geneeskundig geschoolde huisartsen deelnemen die te zamen 2 groepen van 50 patiënten behandelen) komt op f 30.700 (inclusief medewerking statisticus EUR).

BIJLAGE M.IIIVOORSTEL VOOR EEN ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN
FYSIOTHERAPIE EN CHIROPRACTIE BIJ DE BEHANDELING VAN
SPANNINGSHOOFDPIJN.

Op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft de commissie een voorstel beoordeeld voor een gerandomiseerd onderzoek naar het effect van fysiotherapie en chiropractie op de intensiteit, frequentie en duur van de hoofdpijn-episodes bij patiënten met spanningshoofdpijn in vergelijking met een controlegroep (wachtlijst zonder actieve behandeling).

De commissie kon het voorstel in grote lijnen steunen, maar had wel kritiek op een aantal detailpunten.

Omdat ook door andere referenten onderzoekstechnische onvolkomenheden werden gesignaleerd, is het project in de ingediende vorm afgewezen. Daar het voorstel door WVC wel als relevant werd beoordeeld, is geadviseerd tot herschrijven van het voorstel, het uitvoeren van een pilot-study en opnieuw indienen van een subsidie-aanvraag.

BIJLAGE XV

RAPPORTAGE WERKGROEP NATUURGENEESWIJZEN



Bij de titelpagina:

Voorbeeld van een klassieke techniek uit de hydrotherapie.
Ontleend aan: Nieuwe Medische Encyclopedie Alternatieve Genees-
wijzen. Milaan: Lecturama, 1985.

INHOUDSOPGAVE

<u>CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN NATUURGENEESWIJZEN</u>		719
VERANTWOORDING		721
1.1	De Werkgroep Natuurgeneeswijzen	721
1.2	Vraagstelling	721
1.3	Activiteiten	721
NATUURGENEESWIJZEN		722
2.1	Natuurartsen	722
2.2	Uitgangspunten natuurgeneeswijzen	723
2.3	Aard van de therapie	724
2.4	Diagnostiek	724
2.5	Placebo-effecten	724
2.6	Samenwerking met de huisarts	725
2.7	Evaluatie natuurgeneeswijzen	725
<u>ONDERZOEKSVORSTEL</u>		726
LITTERATUUR		727
<u>BIJLAGEN</u>		
N. I	SY.MBIONTENTHERAPIE	729
N. II	ONDERZOEKSVORSTEL NATUURGENEESWIJZEN	731
N. III	CRITERIA TER EVALUATIE VAN DE ALGEMENE TOESTAND EN TER ONDERKENNING VAN EEN EVENTUELE SYNDROOM VERSCHUIVING BIJ DE ONDERZOEKSGROEP	741
N. IV	SUBSIDIE-AANVRAAG PROJECT EFFECTIVITEIT NATUURGENEESWIJZE	747

DOOR DE COMMISSIE BEOORDEELD ONDERZOEKSVORSTEL:

N.V EFFECT EVALUATIE NATUURGENEESKUNDIGE BEHANDEL
METHODEN VAN ACNE, HOOFDPIJN EN MIGRAINE 751

CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK
NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN NATUURGENEESWIJZEN

Het is in principe mogelijk het effect van een natuurgeneeskundige behandeling te onderzoeken met behulp van vergelijkend, gerandomiseerd onderzoek. Gezien de voor een effectieve natuurgeneeskundige behandeling vereiste bijzondere inzet en coöperatie van de patiënt is dubbelblind onderzoek niet mogelijk. Omdat een natuurgeneeskundige behandeling een lange nawerking heeft, is cross-over onderzoek minder geschikt.

Toediening van geneesmiddelen vormt slechts een zeer beperkt aspect van de gehele natuurgeneeskundige benadering uitmaakt. Daarom is placebo-controle bij onderzoek naar het effect van deze behandelwijze zinloos.

Het is noodzakelijk de methode als geheel te onderzoeken. Dit betekent dat de natuurgeneeskundige ook tijdens het onderzoek de vrijheid moet hebben zijn behandelwijze aan te passen aan de toestand van de patiënt, zoals hij dit gewoonlijk pleegt te doen.

Te toetsen hypothesen zijn de specifieke claims van de behandelwijze:

- naast de invloed van de behandeling op de klacht of afwijking waarmee de patiënt zich meldt, zal een verbetering optreden van het algemeen welbevinden

tijdens het geneesproces zullen zich 'oude' klachten opnieuw kunnen manifesteren, en wel in omgekeerde volgorde als waarin deze zijn ontstaan (syndroom-verschuivingen) tijdens, maar ook na afloop van een natuurgeneeskundige behandeling zal de behoefte aan reguliere geneesmiddelen voor andere kwalen afnemen.

VERANTWOORDING

1.1 DE WERKGROEP NATUURGENEESWIJZEN

Door de Voorzitter van de Gezondheidsraad is bij besluit dd. 11 november 1985 ingesteld de Werkgroep Natuurgeneeswijzen.

Namens de commissie, hadden in deze werkgroep zitting prof dr EL Noach (die dr Stuyt na diens vertrek als Voorzitter is opgevolgd), dr HA van Geuns* en dr J Roos.

De Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeswijzen (ABNG) heeft, op verzoek van de Artsenfederatie voor Additatieve/Alternatieve Geneeskunde (AAG), afgevaardigd drs CL Dam, arts en drs JC van Montfort, arts.

Dr Th Stijnen (afdeling Epidemiologie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam; tot 1 oktober 1987 verbonden aan de afdeling Medische Statistiek van de Rijksuniversiteit te Leiden) is bij besluit dd 28-2-1986 benoemd tot statistisch adviseur van de werkgroep.

Als secretaris van de werkgroep fungeerde mw MA Goppel, secretaris van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen.

1.2 VRAAGSTELLING

Aan de Werkgroep Natuurgeneeswijzen is gevraagd aan te geven met welke onderzoeksmethodieken de effectiviteit van 'de natuurgeneeswijzen' zou kunnen worden onderzocht.

1.3 ACTIVITEITEN

De werkgroep heeft in de periode oktober 1985 - augustus 1986 driemaal vergaderd.

Dr van Geuns is op 14 november 1988 overleden.

NATUURGENEESWIJZEN

2.1 NATUURARTSEN

De ABNG eist van haar kandidaat-leden dat zij arts zijn, daarna een speciale opleiding in de natuurgeneeskunde volgen en een stage lopen (in totaal ongeveer 600 praktijkuren) bij een natuurarts. De binnen de ABNG verenigde artsen beoefenen de natuurgeneeskunde ieder op hun eigen wijze en volgens eigen inzicht.

De vereniging telde ultimo 1992 60 leden en 19 aspirantleden (in opleiding) ; de natuurgeneeswijze wordt evenwel door veel meer artsen toegepast. Bovendien beoefenen verschillende artsen die zich met andere alternatieve geneeswijzen bezig houden, daarnaast tevens de natuurgeneeskunde.

Ook zijn er natuurartsen die een zeer specifieke richting aanhangen en daarvoor aparte verenigingen hebben opgericht, zoals de Nederlands-Belgische Vereniging van Neuraaltherapeuten die hun behandelwijze geheel baseren op de theorieën omtrent het basis-bioregulatiesysteem als geformuleerd door Pischinger (Pis83; zie ook paragraaf 13.3 van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek).

De natuurgeneeskundigen beschouwen zich als vierdelijns artsen. Hun patiënten zijn in de regel al overal geweest, hebben alles geprobeerd; zij zien de natuurarts als laatste toevlucht. Dit wordt begrijpelijk geacht omdat het soort behandeling een bijzondere inzet en coöperatie van de patiënt vereist. Geen der natuurartsen heeft dan ook een 'gewone' huisartspraktijk; de natuurgeneeswijze wordt beschouwd als een soort specialisatie.

De laatste tijd zien de natuurartsen een groeiend aantal patiënten die geen vertrouwen meer hebben in de adviezen van de huisarts (hetzij ten aanzien van het geneesmiddelengebruik, hetzij wat betreft verwijzing naar een specialist).

2.2 UITGANGSPUNTEN NATUURGENEESWIJZEN

Gemeenschappelijk achtergrond-idee van de natuurartsen en uitgangspunt van hun therapie is dat genezing kan worden bewerkstelligd door het stimuleren (bijvoorbeeld door het wegnemen van eventueel aanwezige blokkades) van de innerlijke geneeskracht van de patiënt. Deze innerlijke geneeskracht beïnvloedt de gehele mens, dat wil zeggen lichaam, ziel en geest (ofwel het totale welbevinden), en niet alleen een bepaald gebied of een bepaalde klacht. De therapie moet worden gezien als één stimulans, wat deze ook behelst (bijvoorbeeld voeding, symbionten (zie bijlage N.I), homoeopathie, maar ook placebo); de verschillende onderdelen van de therapie versterken elkaar in vele gevallen. Men stelt zich voor dat de werkzaamheid van de therapie tot stand komt via het basis-bioregulatiesysteem.

Tweede gemeenschappelijk uitgangspunt is de voedings-therapie, hoewel hieromtrent tussen de verschillende natuurartsen grote verschillen in opvatting bestaan.

Ook in de natuurgeneeskunde wordt het belang benadrukt van syndroomverschuivingen die onder invloed van een behandeling kunnen optreden (zie rapportage Werkgroep Homoeopathie, bijlage XIII). Treedt syndroomverschuiving op van binnen (psyche) naar buiten (huid) dan duidt dit op een gunstig effect van de therapie; het omgekeerde betekent een verslechtering van de conditie van de patiënt. De eerste verbetering die men nastreeft is een psychische of een verbetering van het energie-niveau. Het is mogelijk dat hierbij de lichamelijke klachten - in eerste instantie - verergeren.

2.3 AARD VAN DE THERAPIE

Sommige natuurartsen passen uitsluitend voedingstherapie toe en stellen daarbij zeer strenge eisen.

Andere natuurartsen benaderen hun patiënten voornamelijk volgens homeopathische beginselen; de eisen die zij aan de voeding stellen zijn minder streng. In bepaalde gevallen wordt gewerkt met voedingssupplementen (vitaminen, mineralen).

Gesprekstherapie speelt bij alle arts-patiënt contacten een belangrijke rol.

2.4 DIAGNOSTIEK

De diagnostiek van de natuurartsen wijkt in die zin af van die van de reguliere artsen, dat - omdat de gehele persoon van de patiënt centraal staat in de benadering - een zeer uitvoerige anamnese wordt opgenomen. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan de algemene conditie van de patiënt. Wel wordt zo nodig gebruik gemaakt van reguliere technieken (zoals röntgenfoto's en laboratoriumonderzoek).

2.5 PLACEBO-EFFECTEN *

Volgens natuurartsen heeft placebo invloed op de innerlijke geneeskracht. Een placebo-effect definiëren zij als een effect dat optreedt als gevolg van een (be)handelwijze, maar waarvoor (nog) geen verklaring kan worden gegeven. Een arts die bij de patiënt een dergelijk effect teweeg kan brengen, wordt hoog gewaardeerd.

Tot de factoren die een placebo-effect teweeg kunnen brengen, wordt ook de invloed van de omgeving van de patiënt gerekend. Beide invloeden - die van de arts en die van de omgeving - kan men niet van elkaar los denken.

Zie ook het hoofdstuk 'Placebo-perikelen' (hoofdstuk 10) van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek.

2.6 SAMENWERKING MET DE HUISARTS

Contacten met de huisarts over patiënten en eventuele medicatie zijn over het algemeen gering. Wel sturen huisartsen in een enkel geval patiënten op hun verzoek door naar een natuurarts .

Over het algemeen zal een patiënt niet gelijktijdig door zowel de huisarts als door de natuurarts worden behandeld; soms wordt in overleg met de huisarts de allopathische therapie afgebouwd.

In een enkel geval stuurt de huisarts op eigen initiatief een patiënt naar een natuurarts. Dit betreft veelal patiënten met bepaalde ziektebeelden zoals migraine, rheuma, asthma bij wie met reguliere therapie geen verdere verbetering kan worden bereikt. Natuurartsen verwachten over het algemeen bij dergelijke patiënten wel positief resultaat te kunnen bewerkstelligen.

2.7 EVALUATIE NATUURGENEESWIJZEN

Omdat de natuurgeneeskundige therapie als een totale benadering van de patiënt moet worden gezien, is het onmogelijk één aspect van de behandeling geïsoleerd te onderzoeken. Ter bepaling of de therapie effect heeft, zal daarom alleen worden gekeken naar de toestand van de patiënt aan het begin en aan het eind van het onderzoek ('black box'-benadering).

Het effect van de behandelwijze zal worden afgemeten aan zowel de toestand van het zieke orgaan als de algemene lichamelijke en geestelijke toestand van de patiënt (het algemeen welbevinden).

ONDERZOEKSVORSTEL

Teneinde de effectiviteit van de natuurgeneeskundige behandelwijze te kunnen aantonen, stelt de werkgroep voor een onderzoek uit te voeren bij patiënten van 2 - 12 jaar met een langer dan 3 maanden bestaande otitis media.

De natuurartsen verwachten bij dergelijke patiënten goed te evalueren resultaten te kunnen bereiken: de ziekte tast zowel het oor aan (hetgeen objectief is vast te stellen) als het algemeen welbevinden (hetgeen met behulp van daartoe ontwikkelde vragenlijsten kan worden bepaald); verwacht wordt dat onder invloed van de therapie aantoonbare verbetering van zowel de status localis van het oor als van het algemeen welbevinden kan worden bereikt.

Otitis media komt frequent voor (GR86); naar verwachting zullen voldoende patiënten voor een dergelijk onderzoek geworven kunnen worden.

Een nader uitgewerkt onderzoeksvoorstel is toegevoegd als bijlage N.II. In deze bijlage zijn tevens criteria geformuleerd met behulp waarvan de algemene toestand van de te onderzoeken patiënten kan worden geëvalueerd.

LITTERATUUR

- Buc85 van Buchem FL, Peeters MF, van 't Hof MA. Aanpassing van therapie aan het verloop van otitis media acuta. Ned Tijdschr Geneeskd 1985; 129: 1093-9.
- GR86 Gezondheidsraad. Advies inzake otitis media. Den Haag: Gezondheidsraad, 1986, nr 30.
- Lan93 de Lange-de Klerk ESM. Effects of homoeopathic medicines on children with recurrent upper respiratory tract infections (Proefschrift). Vrije Universiteit Amsterdam, 1993.
- Pis83 Pischinger A. Das system der Grundrelation. Heidelberg: Haug Verlag, 1983.

BIJLAGE N.I

Symbiontherapie. Dit is een behandelingsmethode om de verstoorde bacteriehuishouding in het lichaam, met name in het spijsverteringskanaal, te herstellen.

Deze gestoorde huishouding, die oorzaak is van vele ziekten, is het gevolg van onze veranderde levensgewoonten. Door desinfectieprocessen, kunstmest, bespuitingsmiddelen, bewegingsarmoede e.d. krijgen de werkzame bacteriën geen kans meer.

De gezonde samenleving (symbiose) van mens en bacterie geeft de mens afweerstoffen en bevordert de stofwisseling. Verstoring van deze symbiose heeft ziekte tot gevolg. Bestrijding van aandoeningen die deze achtergrond hebben, kan plaats vinden door middel van de symbiontherapie. De symbionten worden in laboratoria gekweekt en worden over een grote tijdsspanne aan de patiënt toegediend. Een kuur duurt lang omdat de slijmvliezen langzaam aan de veranderde bacterieflora moeten wennen. Bij kinderen tot 2 jaar duurt een kuur ongeveer een halfjaar, bij kinderen van 2 tot 6 jaar ongeveer een jaar, bij schoolkinderen ongeveer 1 a 2 jaar en bij volwassenen is er een aantal jaren mee gemoeid.

Men begint de kuur met een bacterievrij preparaat om het lichaam langzaam te wennen aan de toegediende stoffen. Daarna geeft men een preparaat dat bestaat uit levende bacteriën met antigenen. Dit zijn melkzure bacteriën, die nog geen indringend karakter hebben, maar die ervoor zorgen dat de beschermingsflora wordt opgebouwd. Na bepaalde tijd wordt de ontlasting gecontroleerd op de hoeveelheid bacteriën. Blijkt deze aan de normen te voldoen, dan gaat men over op het toedienen van de colibacteriecultuur. De kuur moet, vooral in het begin, ondersteund worden door andere methoden uit de natuurgeneeskunde. De voeding is van essentieel belang bij deze therapie. Men krijgt uitgebreide dieetvoorschriften. Allopathische geneesmiddelen, met name antibiotica, zijn verboden.

Het toedienen van symbionten stimuleert de afweerkrachten in het lichaam. Dat betekent, dat de ziekte aanvankelijk toe zal kunnen nemen. Deze reactie is niet alarmerend, integendeel is ze een teken dat de genezing op gang komt. De therapie kan ook verhoogde activiteit van de uitscheidingsorganen te zien geven. Hoesten, verkoudheid, diarree en transpiratie zijn tekenen dat de giftige stoffen in het lichaam naar buiten worden gewerkt door de toegenomen vitale krachten van het lichaam.

De symbionten worden veelal oraal toegediend, er zijn ook neusdruppels (vooral voor kinderen), clysmas en capsules in de handel. Men kan de symbionten ook per injectie toedienen.

Indicaties zijn onder andere chronische maag-darmstoornissen, chronische neus-keelholteontstekingen en allergieën.

Met toestemming van de uitgever overgenomen uit:

Van Dijk, P.

Geneeswijzen in Nederland

Deventer: Ankh-Hermes bv , 1977,303.

BIJLAGE N.II

ONDERZOEKSVORSTEL NATUURGENEESWIJZEN

1. DOEL VAN HET ONDERZOEK

Doel van het onderzoek is het aantonen van de effectiviteit van de natuurgeneeskundige behandelwijze in een vergelijkend onderzoek met reguliere behandelwijzen bij de hieronder omschreven onderzoekspopulatie.

2. ONDERZOEKSPOPULATIE

Het onderzoek zal kinderen betreffen van 2 - 12 jaar met chronische, subacute of recidiverende otitis media, of met een ten minste 3 maanden bestaande otitis media met effusie.

3. DEFINITIES

Onder otitis media wordt verstaan een ontsteking van het middenoor, leidend tot voorbijgaande of permanente slechthorendheid. Bij de karakterisering van de aard van de otitis media staat het trommelvlies centraal.

In navolging van het Gezondheidsraadadvies Otitis Media (GR86) worden de hieronder gedefinieerde beelden onderscheiden:

Acute otitis media: een (binnen 3 weken) voorbijgaande infectie van het middenoor, gekarakteriseerd door een afwijkend trommelvlies met al of niet oorpijn, al of niet koorts en al of niet algemeen ziekzijn van de patiënt.

Het trommelvliesbeeld kan variëren tussen een transparant trommelvlies met hyperaemie en vocht achter het trommelvlies en een mattrommelvlies met hyperaemie en pus achter het trommelvlies.

Recidiverende otitis media: een meerdere keren per jaar terugkerende, uit de gezonde situatie ontstaande, acute otitis media.

Subacute otitis media: een niet genezen acute otitis media, die langer dan 3 weken bestaat (tot maximaal 3 maanden), al of niet gepaard gaande met oorpijn en koorts. In de regel is er een geperforeerd trommelvlies met pus.

Chronische otitis media: een otitis media die langer dan 3 maanden bestaat en die wordt gekarakteriseerd door een perforatie van het trommelvlies en een otorrhoe. De uitvloed kan purulent of muceus zijn.

Otitis media met effusie: een ophoping van vocht van verschillende consistentie achter een gesloten trommelvlies zonder duidelijke infectie-verschijnselen. Het beeld kan variëren tussen vocht achter het trommelvlies, kenbaar door luchtbellens of vochtlijnen en een mat, geel doorschijnend trommelvlies.

4. DEELNEMENDE ARTSEN; ONDERZOEKSMEDEWERKER(S)

Aan het onderzoek zal worden deelgenomen door 10 natuurartsen die ieder via (ten minste) 5 daartoe aangezochte reguliere huisartsen in hun regio patiënten doorverwezen krijgen, alsmede door deze huisartsen.

Per regio zal een KNO-arts worden gezocht die bereid is de door de huisarts gestelde diagnose te verifiëren en de patiënten (na 6 maanden en na 1 jaar) te controleren (zie sub 14). Bovendien zal een neutrale onderzoeksmedewerker (of een per regio; dit behoeven geen artsen te zijn) worden belast met het (aan de hand van daartoe opstelde vragenlijsten) evalueren van het algemeen welbevinden van de patiënten (blind).

5. INSTRUCTIE

Voorafgaand aan het onderzoek zullen de deelnemende artsen uitvoerige informatie ontvangen over aard en opzet van het onderzoek; tevens zullen de door hen in te vullen vragenlijsten worden besproken.

Aandacht zal moeten worden besteed aan de ethische aspecten die voor arts en patiënt aan dergelijk onderzoek zijn verbonden. Dit geldt in het bijzonder voor de deelnemende KNO-artsen wie het moeilijk kan vallen een volgens hen voor trommelvliesbuisjes in aanmerking komend kind naar een huisarts of natuurarts terug te sturen.

Aan de ouders zal zowel mondeling als schriftelijk uitvoerige informatie betreffende het onderzoek worden verstrekt. Tevens zal hun dringend worden gevraagd hun kind ook bij eventueel staken van de therapie, na 6 maanden en na 1 jaar voor controle naar de KNO-arts terug te laten komen.

6. DIAGNOSE

De huisarts stelt de diagnose; indien dit een voor het onderzoek in aanmerking komende vorm van otitis media betreft, laat hij - na de medewerking van de ouders gevraagd en gekregen te hebben - deze diagnose verifiëren door de KNO-arts.

7. THERAPIETOEWIJZING

Patiënten (en ouders) die zich met een van de voor het onderzoek in aanmerking komende klachten tot hun reguliere huisarts wenden, worden ingelicht over doel en opzet van het onderzoek. Van diegenen die bereid zijn mee te doen, wordt at random bepaald of zij voor verdere behandeling worden doorverwezen naar de natuurarts ofwel onder behandeling bij hun huisarts blijven.

Indien de patiënt (c.q. diens ouders) zich duidelijk voor de ene dan wel de andere behandelwijze uitspreekt, zal hij volgens de door hem geprefereerde methode worden

behandeld. De huisarts registreert op welke wijze de therapietoewijzing heeft plaatsgevonden.

8. VIER ONDERZOEKSGROEPEN

De sub 7 aangegeven selectiemethode impliceert dat in het onderzoek 4 categorieën patiënten zullen worden betrokken:

- 1 voorkeur reguliere huisarts-therapie
- 2 voorkeur natuurgeneeswijze
- 3 huisarts-therapie ten gevolge van randomisatie
- 4 natuurgeneeswijze ten gevolge van randomisatie

9. BEVESTIGING DIAGNOSE; BEPALING ALGEMEEN WELBEVINDEN

Voordat definitieve opname in het onderzoek geschiedt, wordt de diagnose gecontroleerd door de KNO-arts. Gecombineerd met dit bezoek bepaalt de onderzoeksmedewerker met behulp van de desbetreffende vragenlijsten het algemeen welbevinden van de patiënt; tevens meet en weegt hij de kinderen.

10. ANAMNESE

De behandelend arts neemt een uitvoerige anamnese op die wordt vastgelegd op een daartoe te ontwerpen formulier. Medewerking van de ouders is hierbij noodzakelijk.

11. BEHANDELING

Zowel de reguliere huisarts als de natuurarts behandelt de patiënten zo vaak als gewenst is en volgens eigen inzicht; geregistreerd wordt het aantal bezoeken, welke medicamenten worden voorgeschreven en welke leef- en voedingsregels worden gegeven.

12. BEHANDELPERIODE, CONTROLE EN FOLLOW-UP

De aan het onderzoek deelnemende patiënten zullen in

principe gedurende een half jaar volgens de voor of door hen gekozen methode worden behandeld. Na afloop van de behandelperiode worden alle kinderen zowel door de KNO-arts als door de onderzoeksmedewerker gezien. De KNO-arts evalueert de toestand van het trommelvlies, legt deze vast en maakt een tympanogram. De onderzoeksmedewerker meet en weegt de kinderen en evalueert het algemeen welbevinden (vragenlijst). Zo mogelijk vinden beide evaluaties in een gecombineerde sessie plaats.

Een follow-up controle door de KNO-arts en de onderzoeksmedewerker vindt plaats een jaar na aanvang van de behandeling .

13. LENGTE EN GEWICHT

Aan het begin van het onderzoek, na 3 maanden behandeling, bij de afsluiting van de behandelperiode (na 6 maanden) en bij de follow-up controle (een jaar na aanvang van de behandelperiode) worden de lengte en het gewicht van de kinderen genoteerd; meetlat en weegschaal moeten voor gebruik goed zijn gecontroleerd. Met behulp van een computermodel worden na elke meting/weging de standaarddeviatiescore en het gewichts/lengte-percentages ten opzichte van de groeistandaard 1980 bepaald (zie bijlage N.III).

14. TAAK KNO-ARTS

De KNO-arts verifieert de door de huisarts gestelde diagnose en legt deze vast (inclusief beschrijving toestand trommelvlies). Tevens maakt hij van elke voor het onderzoek in aanmerking komende patiënt een tympanogram.

De KNO-arts heeft geen verantwoordelijkheid voor de behandeling (tenzij de patiënt naar hem wordt verwezen, zie sub 16). Indien de KNO-arts evenwel een andere afwijking dan otitis media op het spoor komt, zal hij dit moeten melden; de desbetreffende patiënt valt dan uit het onderzoek.

Na afloop van de behandelperiode (6 maanden) controleert de KNO-arts de status localis van het oor en maakt

wederom een tympanogram. Een jaar na het begin van de behandeling worden de patiënten voor een follow-up controle nogmaals door de KNO-arts gezien.

Aan de KNO-arts zal worden gevraagd zijn bevindingen bij beide controles vast te leggen en hieraan toe te voegen of hij de patiënt al dan niet verbeterd vindt.

15. AANTALLEN PATIËNTEN

Gestreefd wordt naar een onderzoekspopulatie van in totaal ten minste 250 patiënten. Dit betekent dat van elke deelnemende huisarts ten minste 5 patiënten het onderzoek moeten voltooien. Derhalve dient te worden gestreefd naar inzendings van 10 patiënten per huisarts. Hoe groter de groepen 3 en 4 (zie sub 8) zijn, hoe beter.

16. VERWIJZING

De sub 11 bedoelde 'behandeling volgens eigen inzicht' impliceert dat het zowel natuurarts als reguliere huisarts vrij staat ook binnen het onderzoek een patiënt voor wie zij zulks noodzakelijk achten naar de KNO-arts te verwijzen.

17. TROMMELVLIESBUISJES

Kinderen met chronische otitis bij wie al eerder door een KNO-arts trommelvliesbuisjes zijn geplaatst maar die ondanks klachten houden, komen eveneens voor het onderzoek in aanmerking. Ook zij zullen na randomisatie door de huisarts of door de natuurarts worden behandeld.

18. IMPORTVERGUNNING MEDICAMENTEN

Indien de natuurarts voor zijn behandeling (homoeopathische) medicamenten van node heeft die in Nederland niet op de markt zijn, kan hiervoor, na ondertekening van een zogenaamde 'bewustzijnsverklaring', in het kader van het onderzoek een importvergunning worden verleend.

19. INTERIM-ANALYSE

Na een nader vast te stellen periode zal met behulp van een interim-analyse van de resultaten in de verschillende groepen worden gezien of de intakeperiode moet worden verlengd en zo ja, voor welke groep(en).

20. UITSLUITINGS- EN UITVALSCRITERIA

Patiënten bij wie de KNO-arts andere dan de voor het onderzoek in aamerking komende ziektebeelden vindt, vallen buiten het onderzoek. Patiënten die de behandeling tussentijds staken zullen toch na 6 maanden en na 1 jaar worden geëvalueerd.

21. EVALUATIE

Het effect van de natuurgeneeswijze als behandelwijze van otitis media zal in zijn geheel worden gezien (black box-benadering); alleen begin- en eindsituatie tellen. Zowel de status localis van het oor als het algemeen welbevinden (volgens nader vast te stellen criteria) worden in de beschouwingen betrokken.

Na afsluiting van het onderzoek zal worden geanalyseerd of aan de hand van de patiënt- en behandelgegevens bepaalde subgroepen in de onderzoekspopulatie zijn te onderscheiden. Ook patiënten die tijdens het onderzoek aan de behandeling worden onttrokken worden geëvalueerd, waarbij de datum van het staken van de therapie en de reden daarvan zullen worden aangegeven.

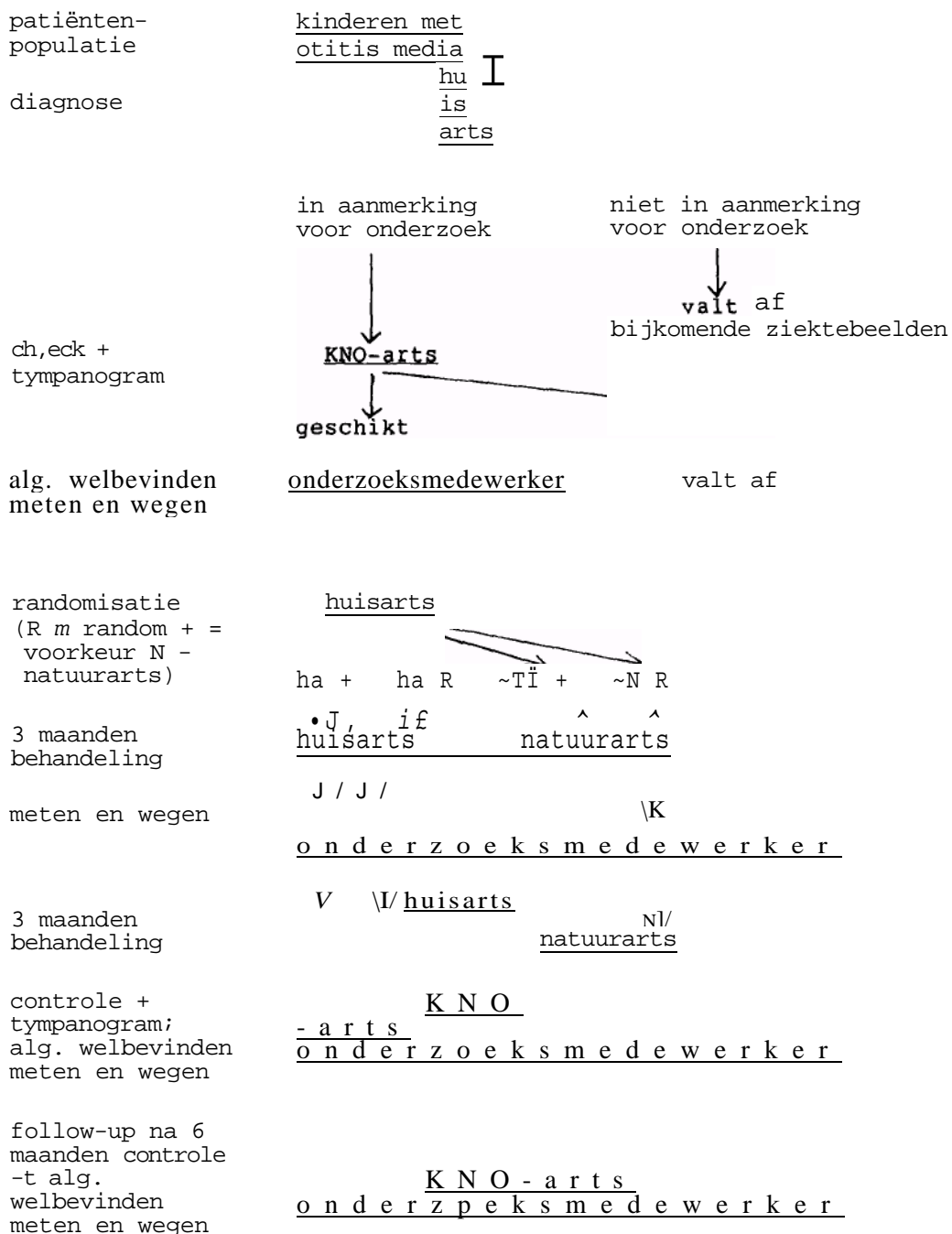
22. KOSTEN

Een op verzoek van het Ministerie van WVC voor dit onderzoek opgestelde begroting komt op ruim f 500.000 (zie bijlage N.IV). Hierbij is door de statistisch adviseur van de werkgroep

aangetekend dat de kosten van statistische bewerking waarschijnlijk beduidend hoger zullen uitvallen dan de geraamde post a f 10.000.

Opgemerkt kan worden dat de homoeopathische arts mw dr ESM de Lange-de Klerk (zie rapportage Werkgroep Homoeopathie, bijlage H.I) instemmend heeft gereageerd op het verzoek de door haar ontwikkelde en beproefde vragenlijsten (ter bepaling van het algemeen welbevinden van de kinderen) ter beschikking te stellen ten behoeve van dit onderzoek (zie Lan93).

FLOW-SHEET ONDERZOEK NATUURGENEESWIJZEN



BIJLAGE N.III

CRITERIA TER EVALUATIEK VAN DE ALGEMENE TOESTAND EN TER
ONDERKENNING VAN EEN EVENTUELE SYNDROOMVERSCHUIVING
BIJ DE ONDERZOEKSGROEP.*

Invloed op de inhaalsnelheid van eventuele groeiachterstand aan de hand van 3-maandelijke meting van lengte en gewicht.

Invloed op (aan het begin van het onderzoek geïnterviewde) andere lichamelijke klachten of het tijdens de behandeling ontstaan van nieuwe klachten.

Invloed op het energieniveau.

Invloed op de slaap en eventueel daarmee samenhangende problemen of het ontstaan van nieuwe klachten met betrekking tot slaap- en nachtleven.

Invloed op gedrag, concentratie, angst en welbevinden.

Ad j,: Zie suggesties dr M Roede (opgenomen na Ad 5).

Ad 2.: Aan het begin van een onderzoek dienen andere lichamelijke klachten geïnterviewd te worden met behulp van meerkeuzenvragen (met als voorbeelden: verkoudheden, astma,

Criteria opgesteld door de Artsenvereniging tot bevordering van de natuurgeneeswijze (ABNG).

bronchitis, hooikoorts, allergieën, huidproblemen, spijsverteringsproblemen (bijv. diarree), hoofdpijn, keelontstekingen, opgezette klieren, andere lichamelijke problemen).

Evaluatie reeds geïnventariseerde klachten
 . objectieve controle onafhankelijke deskundige
 (tonsillen, adenoïd, lymfklieren, ontlastings-
 onderzoek, respiratie onderzoek etc) . toe-
 /afname of verandering medicijngebruik
 toe-/afname bezoek huisarts/specialist/
 natuurarts/paramedicus . via vragenlijst
 aan moeder/verzorg(st)er
 (eventueel kind zelf) met behulp van
 4-keuzenschaal (verslechterd - hetzelfde-
 verbeterd - verdwenen) met betrekking tot aan
 begin van onderzoek geïnventariseerde klachten.

Opsporen van eventueel gedurende onderzoeksperiode (1
 jaar) ontstane nieuwe lichamelijke klachten met behulp
 van in begin van het onderzoek gebruikte inventarisa-
 tielijst .

Ad 3: Via 4-keuzenvraag aan moeder/verzorg(st)er, even-
 tueel kind zelf. Is het kind:

- . minder fit/energiek
- . even fit/energiek
- . fitter/energieker
- . veel fitter/energieker

dan aan begin onderzoeksperiode?

Ad 4: Aan het begin onderzoek inventariseren slaapproblemen met
 behulp van meerkeuzenlijst: . inslaapproblemen . vaak wakker
 worden/slapeloos . angstig dromen

- . slaapwandelen
- . bedplassen
- . onrustig slapen
- . huilen
- . uit bed komen
- . andere problemen

Evaluatie geïnventariseerde problemen met behulp van 4-keuzenschaal (zie Ad 2).

Opsporen eventueel tijdens onderzoeksperiode nieuw ontstane problemen met betrekking tot slaap of nachtleven.

Ad 5.: Aan begin onderzoek inventariseren gedrags-, concentratie- en angstproblemen aan hand van meerkeuzenlijst:

- . zindelijkheid
- . driftbuien/agressief
- . duimzuigen/nagelbij ten
- . snel huilen
- . verlegen

Concentratie:

- . slechte schoolprestaties
- . snel afgeleid

Angsten voor:

- . donker
- . onweer
- . honden/andere dieren

geluid
vreemden

Evaluatie met behulp van 4-keuzenschaal

Opsporen eventueel nieuw ontstane klachten op gebied van gedrag, concentratie en angst met behulp van inventarisatielijst.

Evaluatie algemeen welbevinden op 4-keuzenschaal. Maakt het kind t.o.v. het begin van de onderzoeksperiode

. een minder blije, ontspannen indruk .
een even blije, ontspannen indruk . een
blijere, meer ontspannen indruk?

Ad 1

Suggesties ten aanzien van lengte-/ gewichtscriteria*

Hypothese: behandelde kinderen halen groeiachterstand sneller in.

- 1 Stel 2 even grote groepen samen wel/niet behandeld met natuurgeneeswij ze.
- 2 Zorg dat beide groepen goed "matchen" wat betreft leef tijd, geografie, demografie (beroep vader bijvoorbeeld!) en geslacht.
- 3 Kinderen elke 3 maanden meten en wegen (na goede controle meetlat en weegschaal).

Suggesties afkomstig van Dr M Roede, Faculteit Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.

Ieder kind vergelijken met groeistandaard 1980 (dat wil zeggen - voor lengte: standaarddeviatiescore (SDS) - voor gewicht: gewichts/lengte % (g/l %)). Hiervoor bestaan computerprogramma's*. Dankzij deze methode is juiste leeftijd waarop gemeten wordt niet meer zo relevant.

Bereken voor beide groepen gemiddelde SDS en g/l % om de 3 maanden. Als de hypothese klopt zullen de negatieve SDS en lagere g/l % bij behandelde groep sterker afnemen (groepen dienen redelijk groot te zijn om tot eventuele significantie te kunnen komen).

Omdat vergelijking van groeicurves van individuele kinderen erg moeilijk is, heeft men een standaardcurve voor het gezonde kind vastgesteld met daaromheen een leeftijdsspecifieke spreiding. Het computermodel maakt het mogelijk op ieder moment van ieder kind (onafhankelijk van leeftijd en geslacht; de computer vergelijkt de exacte leeftijd in dagen met het overeenkomende punt op de standaardgroeicurve) vast te stellen of hij/zij binnen (=normaal) of buiten (-afwijkend) de normale spreiding valt. Dit model heeft inmiddels in vele onderzoeken zijn waarde bewezen.

abng

BIJLAGE N. IV

Maastricht, 2 september 1988

•vlas idi «aanvraag PROJECT JU'FbX'l IVITEIT NA'JL'UUHGENIEUSWI JZK

Onder verwijzing naar de reeds In bezit zijnde concept-rapportage van de Werkgroep Natuur geneeswijzen, «n in het bijzonder naar het in bijlage I daarvan beschreven onderzoek-voorstel , volgt hieronder een uitgewerkte project-begroting.

- 1) er zullen tien natuurartsen deelnemen
- 2) er zullen 5 x 10 • 50 reguliere huisartsen deelnemen
- 3) er zullen 10 reguliere KNO-artsen deelnemen
- 4) alle patiënten vorden op tijdetippen t0, t6 en t!2 (uitgedrukt in maanden) door de KNO-arts gecontroleerd.
- 5) van alle patiënten vordt op t0, t6 en t!2 door een onderzoekmedewerker het welbevinden vastgesteld, alsmede lengte «n gewicht
- 6) er zal 1 onderzoekmedewerker participeren (eventueel 10 aparte, per regio)
- 7) alle deelnemende artsen ontvangen tevoren uitvoerige instructie
- 6) de door de deelnemende artsen in te vullen vragenlijsten worden met hen besproken
- 9) aan de ouders zal zowel mondeling als schriftelijk uitvoerige informatie worden verstrekt betreffende het onderzoek
- 10) taken huisarts:
 - stelt diagnose
 - (indien geschikte casus) vraagt medewerking aan ouders
 - verwijst door naar KNO-arts ter verificatie van diagnose
 - wijst patiënten at r and om of selectief toe aan proef- of controlegroep
 - (indien aan proef groep toegewezen): verwijst door naar natuurarts
 - neemt uitvoerige anamnese op en legt deze op standaard wijze vast
 - behandelt de patiënt volgens eigen inzicht
 - legt alle behandel gegevens vast
 - werkt op constructieve wijze samen met onderzoeker (s)
- 11) Taken natuurarts:
 - neemt uitvoerige anamnese af en legt de aldus verkregen gegcvsns op standaard wijze vast
 - behandelt de patiënt volgens eigen inzicht
 - legt de behandel gegevens vast
 - werkt op constructieve wijze samen met de onderzoeker(s)
- 12) Taken KNO-arts:
 - verificatie van de HA-dlagnose
 - vewijdert op indicatie patiënten uit het onderzoek

- onderzoekt de patiënt opnieuw op t6 en t!2 en legt de gegevens daarvan op standaard wijze vast
- 13) taken onderzoekaedewerker:
 - neeat vragenlijst welbevinden af en meet lengte en gewicht, op t0, t6 en t!2; lengte en gewicht eveneens op t3
 - voert alle overige onderzoektaken uit welke hea/haar opgedragen worden door de onderzoeker/coördinator
- 14) er zal een onderzoeker/coördinator worden aangetrokken
- 15) taken onderzoeker/coördinator:
 - voert het onderzoek uit
 - overigens: pro aeaorle
- 16) alle patiënten worden in principe gedurende een half jaar behandeld..
- 17) in totaal worden 500 patiënten in het onderzoek betrokken; voor 250 van hen zal een eind-evaluatie beschikbaar zijn.
- 18) er zal en interla-analyse van de resultaten plaatsvinden (ter bepaling van een eventuele verlenging van de intake-teraiJn)
- 19) de analyse van de eindresultaten zal zich beperken tot een vergelijking van begin- en eindsituatie (zowel lokaal als algeaean).
- N.B. Ook de patiënten die tussentijds het onderzoek verlaten, zullen worden ge-evalueerd.
- 20) patiënten die door de natuurarts worden behandeld zonder daarvoor verzekerd te zijn. ontvangen een vergoeding uit de onderzoekalddelen.
- 21) de patientjes krijgen voor hun deelnaae een cadeautje
- 22) de vragenlijsten aoeten nog worden ontwikkeld/aangepast
- 23) de KNO-artsen ontvangen een honorarlua voor hun medewerking
- 24) de gegevens van het onderzoek worden statistisch verwerkt
- 25) voor de uitvoering van het onderzoek is secretariële ondersteuning noodzakelijk
- 26) kosten voor porti, reis- en verblijf, telefoon etc dienen In de begroting te worden opgenoaen.

Naast deze in Bijlage I terug te vinden uitgangspunten, moeten voor het opaaken van een begroting een aantal aanvullende aannaaes worden geforauleerd:

- 27) ook particulier verzekerden zonder HA-dekking, ontvangen -op verzoek- een vergoeding uit het onderzoekbudget
- 28) de behandeling door de huisarts van een patiënt kost f 300
- 29) de behandeling door de natuurarts kost f 600 per patiënt
- 30) een consult bij de KNO-arts kost f 150
- 31) een voortijdig uit het onderzoek verdwijnende patiënt kost 50X van vat een patiënt aet eindevaluatie kost
- 32) de onderoeker/coördinator dient op full tlae basis te worden aangesteld
- 33) een full tlae onderzoeker kost per jaar f 50.000
- 34) een full tiaae secretaresse kost f 35.000 per jaar
- 35) een full tiaae onderzoekaedewerker kost f 35.000 per jaar
- 36) er is behoefte aan een (parttiaae) senior-onderzoeker aet bekendheid op het terrein van de natuurgeneeswijze, die het onderzoek (aede) begeleidt; deze kost op jaarbasis f 12.000
- 37) de intake-teraiJn duurt 2 maanden (teraijn tussen Ie en laatste patiënt in onderzoek)
- 38) er verstrijken 2 weken tussen Ie bezoek aan huisarts en dag waarop patiënt in onderzoek wordt toegelaten
- 39) in totaal zullen 75 patiënten van de hulsarts aanspraak aaken

BIJLAGE N. V

EFFECT-EVALUATIE NATUURGENEESKUNDIGE BEHANDELMETHODEN
VAN ACNE. HOOFDPIJN EN MIGRAINE

Op verzoek van de Kerngroep Alternatieve Geneeswijzen (KAG) van het Ministerie van WVC heeft de commissie verschillende versies bestudeerd van een voorstel voor een dubbelblind, gerandomiseerd onderzoek naar het effect van natuurgeneeskundige behandelmethoden bij patiënten met acne, hoofdpijn en migraine. Behalve aantonen dat onderzoek naar de effectiviteit van een natuurgeneeskundige behandelmethode via gerandomiseerd dubbelblind onderzoek mogelijk is, was het doel van dit onderzoek:

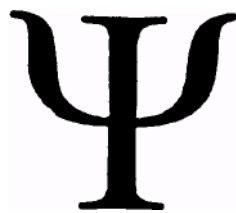
aantonen dat voedingsveranderingen in eerste instantie een verergerende invloed hebben op hoofdpijn en migraine daarmee aanknopingspunten vinden voor de natuurgeneeskundige 'verslakkings1theorie'

aantonen dat simpele voedingsadviezen aan patiënten met hoofdpijn en/of migraine verlichting van hun lijden kunnen teweeg brengen, zowel op korte (na 2 maanden) als op langere (na 5 maanden) termijn.

Daar de indiener van de subsidieaanvraag ondanks herhaald verzoek niet in staat bleek duidelijk te maken hoe de praktische uitvoering van dit project zou geschieden, welke precies de (pseudo-)voedingsadviezen zouden zijn, wat moet worden verstaan onder 'verslaking' en hoe de uitwerking en evaluatie van de onderzoeksresultaten plaats zou vinden, heeft de commissie omtrent dit project een negatief advies uitgebracht. Door WVC is daarop besloten voor dit onderzoeksvoorstel geen subsidiegelden beschikbaar te stellen.

BIJLAGE XVI

RAPPORTAGE WERKGROEP PARANORMALE BEHANDELWIJZEN



INHOUDSOPGAVE

	CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN PARANORMALE BEHANDELWIJZEN	757
1	VERANTWOORDING	759
	1.1 De Werkgroep Paranormale Behandelwijzen	759
	1.2 Vraagstelling	759
	1.3 Activiteiten	759
2	<u>PARANORMALE BEHANDELWIJZEN</u>	761
3	<u>LITTERATUUR</u>	763
	<u>BIJLAGEN</u>	
P. I	ENQUÊTE NFPN	765
	DOOR DE COMMISSIE BEOORDEELD ONDERZOEKSVORSTEL:	
P. II	DE INVLOED VAN DE PARANORMALE GENEESWIJZE OP REUMATOIDE ARTRITIS	773
P. III	CONTACT PARAPSYCHOLOGISCH LABORATORIUM RIJKS- UNIVERSTEIT UTRECHT	775

CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK
NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN PARANORMALE BEHANDELWIJZEN

Het is mogelijk de effectiviteit van paranormale behandelwijzen te onderzoeken met behulp van vergelijkend onderzoek. Enkelblind, gerandomiseerd onderzoek met placebo-controle (hetgeen in dit geval inhoudt: behandeling door een pseudo-genezer of geen behandeling) is alleen mogelijk bij behandeling op afstand.

Te toetsen hypothesen:

- er bestaat een paranormale (psi-)factor
- het is mogelijk met behulp van deze paranormale factor de gezondheidstoestand van bepaalde patiënten te beïnvloeden.

Bijkomend probleem bij de evaluatie van paranormale behandelwijzen is het gegeven dat de patiënten in de regel een veelheid aan medicamenten gebruiken; de handelaar blijkt dit niet te kunnen voorkomen.

VERANTWOORDING

1.1 DE WERKGROEP PARANORMALE BEHANDELWIJZEN

In de Werkgroep Paranormale Behandelwijzen hadden namens de commissie zitting prof PA Vroon, Voorzitter en jhr mr PJW de Brauw.

Als deskundige op paranormaal gebied heeft de werkgroep dr JTM Attevelt, psycholoog, geraadpleegd.

Als secretaris van de werkgroep fungeerde mevrouw MA Goppel, secretaris van de Commissie Alternatieve Behandelwijzen.

1.2 VRAAGSTELLING

Aan de Werkgroep Paranormale Behandelwijzen is gevraagd aan te geven met welke onderzoeksmethodieken de effectiviteit van 'de paranormale behandelwijze' zou kunnen worden onderzocht.

1.3 ACTIVITEITEN

Reeds in een vroeg stadium van haar werkzaamheden (1984) heeft de commissie contact gehad met de Organisatie van Paranormale Genezers NFPN (een van de vijf grotere organisaties op dit gebied) die desgevraagd een uitvoerig door de commissie opgesteld enquêteformulier heeft ingevuld (zie bijlage P.I).

Voorts heeft de werkgroep overlegd met dr Attevelt inzake diens eigen ervaringen met onderzoek naar het effect van

paranormale behandelwijzen. Deze onderzoeken zijn voor een deel gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (Att87, Beu88).

De werkgroep is slechts éénmaal bijeen geweest (november 1984). Daarna is door de plenaire commissie besloten de paranormalen, daar geen organisatie van paranormaal begaafde artsen bestaat, niet verder in de beschouwingen te betrekken (zie paragraaf 1.3 van het advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek).

PARANORMALE BEHANDELWIJZEN

De paranormale behandelwijzen kenmerken zich door een geheel eigen methode van behandeling van patiënten. De beoefenaren claimen in hun behandeling de werking van een paranormale factor die per definitie niet kan worden toegeschreven aan bekende, natuurwetenschappelijk te verklaren processen. Ook zou deze paranormale factor - ook wel de psi-factor genoemd - zich onderscheiden van de factoren die teruggaan op de interactie tussen behandelaar en patiënt*. De mogelijke werking van deze psi-factor zou dan ook niet kunnen worden teruggevoerd op processen van psychologische, fysiologische en/of fysieke aard**.

Wel wordt vaak, naast de psi-factor, het belang onderkend van psychologische factoren als suggestie en aandacht met betrekking tot de aandoening (Wij84, Att88).

Karakteristiek voor de paranormale behandelwijze is vooral de handoplegging met de erbij behorende strijkbewegingen. Een bepaalde plaats op het lichaam wordt 'ingestraald'; vervolgens wordt de 'energie' verdeeld over het lichaam. De variaties in de behandeling tussen de individuele behandelaars kunnen groot zijn; zij worden mede bepaald door de sfeer van de behandeling. Deze wordt vooral gevoed door de levensbeschouwelijke achtergrond van de behandelaar en de ideeën die hij of zij er op na houdt.

In dit verband kan een aantal stromingen worden gesig-

Zie paragraaf 10.3 van het hoofdstuk 'Placebo-peri-
kelen' van het advies van de commissie. Zie ook het
Annex bij Bijlage XI^A.

naleerd: enerzijds de spiritische, de spiritualistische en de christelijke benadering die alle de specifieke werking van de behandeling (psi-factor) toeschrijven aan een 'hogere instantie' en waarbij de behandelaar zichzelf ziet als een instrument, en anderzijds een neutrale benadering waarbij men de 'genezende gave' ziet als voortkomend uit de mens zelf en deze gave beschouwt als een talent dat bij de geboorte is meegekregen (Att88).

LITTERATUUR

- Att81 Attevelt JTM. Paranormale geneeswijze. Een statistische verkenning in Nederland. Een exploratief onderzoek bij leden van de organisatie van paranormale genezers. Amsterdam: NFPN, 1981.
- Att82 Attevelt JTM. Paranormale geneeswijze. Een statistische verkenning in Nederland: de patiënt een half jaar later. Een exploratief onderzoek bij leden van de Organisatie van Paranormale Genezers. Amsterdam: NFPN, 1982.
- Att87 Attevelt JTM, Schouten SA CS. Effectiviteit van de paranormale geneeswijze: een experimenteel onderzoek bij patiënten met essentiële hypertensie. Rijksuniversiteit Utrecht 1987.
- Att88 Attevelt JTM. Research into paranormal healing. Research op het terrein van de paranormale geneeswijze. Academisch Proefschrift, Rijksuniversiteit Utrecht, 1988.
- Beu88 Beutier JJ, Attevelt JTM, Schouten SA c.s. Paranormal healing and hypertension. Br Med J 1988; 296: 1491-94.
- Vis90 Visser GJ, Peters L, Rasker JJ. Reuma en alternatieve geneeswijzen. Een onderzoek onder reumatologen en hun patiënten. Med Contact 1990; 20 (45): 643-5.
- Wij84 van Wijk R, Schamhart DHJ, van Wijk-Visser MJW. Thermografie en thermoregulatiediagnostische methoden in het onderzoek van de paranormale geneeswijze. Ned Tijdschr Integr Geneesk 1984; 2 (20): 19-28.

BIJLAGE P.I

ENQUÊTE NFPN



767

NFPN

F.M. Honigh
Tarwedreef 42 7006
KC DOETINCHEM tel.:
08340 - 45913
05443 - 5672 (kantoorun

Aan de secretaris van de Gezondheidsraad
mevrouw U.C. van der Wal, arts Hubertushof
4 9751 EB HAREN

Doetinchem. 28 februari 1984

Zeer geachte mevrouw van der Wal,

Hierbij doe ik u zoals toegezegd het ingevulde enquête-formulier toekomen.

Het aanbod om extra exemplaren van de twee onderzoeksrapporten van drs.
J.T.M. Attevelt toe te sturen blijft wat ons betreft nog steeds van kracht.

Hopende u hiermede van dienst te zijn geweest teken ik,

hoogachtend,

I CEZOMDHBDSftAAS } J^D^iH J

F.M. Honigh,
voorzitter

9 FEB 1984
U.C. van der Wal

IP.C*

J.OI

I ****
uff

Bijlagen: **enquête-formulier**
beschrijving **laboratorium-onderzoek**

-, .ü, i 'Ji; secretaris
^^HM

ENQUETE. 1.

Hoedanigheden en omvang

1.1. Kunt u de door u voorgestane geneeswijze in één of enkele zinnen definiëren?
Ja/BSS*

1.2. Zo ja, hoe luidt deze definitie dan?

De paranormale geneeswijze berust naar de mening van de beoefenaars op een -proces van "energie-uitwisseling" tussen genezer en patiënt; de aard hiervan is onbekend, c.q. wordt als "paranormaal" geduid. In aanvulling op de medische diagnostiek wordt eventueel een paranormale diagnose gesteld, langs paragnostische weg.

1.3. Wat bepaalt Ows inziens het alternatieve karakter ervan?

Deze vraag laat zich vanuit twee invalshoeken benaderen:

- de paranormale genezers zijn niet wettelijk erkend; in die zin worden zij wel eens als "alternatief" bestempeld;
- de diagnostische en therapeutische methodiek van de paranormale genezer wijken af van de universitaire geneeskunde en wordt derhalve als "alternatief" aangeduid; naar onze mening een onjuist begrip, echter wel ingeburgerd in het aXge- w

1.4. Is er krachtens deze definitie (in ons land) sprake van één p»r»normale geneeswijze

; er zijn in de beroepsuitoefening geen duidelijke verschillen.

1.4.1. Zo er méér stromingen zijn, welke zijn dat?
N.V.T.

1.4.2. Welke stroming vertegenwoordigt D? .. ?„• X.-?•.....

1.4.3. Hoe zijn deze stromingen qua aantallen beoefenaren ongeveer verdeeld
binnen de V f Y.- ?..• .. ?

1.5. wordt de paranormale, geneeskunde luitend door artsen uitgeoefend of ook door andere beroepsbeoefenaren?

1.6. Hoeveel artsen (en -eventueel- andere beroepsbeoefenaren) oefenen naar uw oordeel in ons land de paranormale geneeskunde? (in totaal zie 1.4.3.)

«akel» nrtfinn .. artsen

.circa. 500 andere beoefenaren in georganiseerd verband inclusief de z.g. aspirant-leden, die nog participeren in de toelatingsprocedure.

1.7. Worden deze behandelingen verricht

indien noodzakelijk **CZ**

bij de patiënt thuis

bij de behandelaar ' X

onder poliklinische omstandigheden in een kliniek .neen

onder klinische omstandigheden (opname) !.neen_

1.8. Hoeveel patiënten worden naar Uw schatting jaarlijks in ons land met paranormale geneeswijze behandeld?

Alternatieve geneeswijzen (1979) : 55.000. Geëxtrapoleerd naar 1984: ^5^002.

2. Behandelwijzen.

- 2.1. Voor zover dit nog niet duidelijk is uit uw antwoord op 1.1. -
 hebt u een natuurwetenschappelijke verklaring voor de werkzaamheid van
 de paranoanale-geneeswijze?
- JJ»/Nee
- 2.2. Zo ja, welke is dat?
 N.V.T.
- 2.3. Aan welke orthodox-geneeskundige behandelingsmethode is de ?•.&•..nog het meest-
 gerelateerd? (b.v. lichttherapie: vit. D toediening) Geen in het bijzonder.
- 2.4. Is de paranormale geneeswijze
 alleen palliatief D alleen
 curatief C-1 of in beide
 betekenissen \jcl aan te wenden?
- 2.4. Is de behandeling met paran_gen. aanwendbaar
- | | |
|---|---|
| | (orthodox voorbeeld) |
| bij slechts één aandoening | inintacol oogdruppels ••• glaucoom |
| bij één klasse van nauw gerelateerde
aandoeningen | penicilline: pcl-gevoelige infecties |
| bij klasse(n) van minder duidelijk
gerelateerde aandoeningen | propranolol: hypertensie, angina,
aritmieën, ess. tremor. |
| bij ogenschijnlijk ongerelateerde
aandoeningen (aspecifiek) | arteriosclerose, dementia senilis,
primair chronisch rheuma,
chron. nephritis/Bchrompelnieren |
- 2.4.1. Indien 2.4 hier toe aanleiding geeft zoudt U de vijf uws inziens
 belangrijkste indicaties voor paran.esn,. kunnen noemen?
 Zoals het onderzoek van drs. J.T.M. Attevelt (1981, 1982) heeft aangetoond is de
 paranormale geneeswijze werkzaam voor een zeer breed scala van lichamelijke en
 geestelijke klachten en aandoeningen.

2.5. Wordt bij de behandeling met pa.W,B^e,niet therapeutisch effect i.h.a.. bereikt met één stimulus/middel/handeling of met meerdere?
N.V.T. De aard van het paranormale genezingsproces is onvoldoende onderzocht.

2.5.1. Indien het antwoord op 2.5. "meerdere" is kunt u dan aangeven welke stimuli/middelen/behandelingen als onontbeerlijk dienen te worden beschouwd (I), welke als additioneel doch zeer gewenst (II) en welke als mogelijk/wenselijk (III)?

I	II	III
N.V.T.		

2.6. Wat is de duur van de totale behandeling gemiddeld? (b.v. hoeveel kuren van hoeveel uur, één of meerdere keren?) De duur van de behandeling is circa 15 minuten. 89% van de patiënten hebben 15 of minder consulten achter de rug. Het gemiddeld aantal behandelingen is circa 10. (Attevelt 1981/1982).

2.7.1. Na hoeveel tijd mag een eventueel effect worden verwacht?

Ma 24 tot 4 maanden. 2.7.1. Van hoe lange duur zal dit gewoonlijk zijn?
Het effect blijkt in ieder geval stabiel na een half Jaar.

2.8. Hoe hoog schat U - door de bank genomen - het percentage - belangrijke verbeteringen/fine! in Ik?({) %
- genezingen /"zeer verbeterd"% *

2.9. Hoe hoog schat U - wederom grofweg - het percentage ernstige nevenwerkingen van de therapie? .,-----%.
niet aanwezig, c.q. onbekend.

3. Patiënten.

3.1. Hoe kan men naar uw oordeel de patiënten die gewoonlijk voor paranormaal-behandelnde komen karakteriseren (in 1)?

- zelfde doorsnee-patient die voor de desbetreffende ziekte óók voor orthodoxe behandeling komt

- mensen die door de orthodoxe geneeskunde zijn opgegeven

- mensen die de orthodoxe geneeskunde niet effectief genoeg vinden

- mensen die de van het begin af prefereren boven de orthodoxe geneeskunde

- andere categorieën, **Rx-jbc** het. zija. vooral. pragmatische overwegingen - n.l. te weinig of geen medische resultaten - die ertoe motiveren een paranormaal-genezer te bezoeken.

3.2. Vallen volgens u de patiënten vooral in typische categorieën (b.v. overwegend mannen, ouderen, stedelingen etc.)?

- 1/3 van de patiënten is manlijk, 2/3 vrouwelijk;

- 75% lijdt aan een chronische, c.q. medisch onbehandelbare aandoening; er is een "normale" verdeling naar leeftijdscategorieën; de leeftijd middelt zich rond 47 jaar.

3.3. Vallen de patiënten te categoriseren in diagnose klassen?

3.3.1. Of herbergt iedere patiënt een volstrekt eigen ziektebeeld, dat met geen ander vergelijkbaar is?

Ja/Nee

3.3.2. Of is iedere patiënt in principe drager van een en hetzelfde ziekteproces dat weliswaar een alternatieve, maar toch uniforme behandeling mogelijk maakt?

*. Denkt U dat het effect van paraiv.fim . kan worden ge"evalueerd?

4.1. Zo ja, kan dat dan op een objectieve manier?

Ja/mee

4.1.1. Zo ja, kunt U deze manier dan in het kort beschreven? Zie de rapporten van drs. J.T.M. Attevelt (1981/'82) en bijgevoegde onderzoeksbe-

4.2. Of kan het uitsluitend op een subjectieve manier? schrijving.

; de "subjectieve methode" kan aanvullend zijn. 4.2.1. Zo ja, kunt U deze manier dan in het kort beschreven?

5. Denkt U dat vergelijkend onderzoek tussen de paaajtt.geiBn (een gerelateerde discipline van) de orthodoxe geneeskunde in principe mogelijk is?

5.1. Zo ja, zoudt U dan zeer in het kort Uw idee daaromtrent kunnen weei--
geven?

Deze vergelijking zou dienen plaats te vinden op basis van de moderne methodo>ogische inzichten.

(Vertegenwoordigt)

H.T.P.H

Adres: ..Yondelstraat.14§.

Plaats: ..1054. CT. Tel. :

..020r854148

drs. J.T.H. Attevelt en

Naam: ?¥,.P9?ifh.....

Adres:..Taryedreef. 42.....

Plaats: .799?.?C.WfTtPPHEIJ.....

Tel. :..9??f9.r.«?13.....

05443 - 5672 (kantooru. i)

BIJLAGE P.IIDE INVLOED VAN DE PARANORMALE GENEESWIJZE OP REUMATOÏDE ARTRITIS

Als gevolg van de in paragraaf 1.4.5 van het advies gememoreerde toezegging van de Voorzitter van de Gezondheidsraad aan de Staatssecretaris van WVC (namelijk dat de commissie, in afwachting van het gereedkomen van het onderhavige advies, zich in voorkomende gevallen over subsidie-aanvragen op alternatief gebied zou buigen en de desbetreffende projecten, waar nodig en mogelijk, zodanig zou bijstellen dat deze praktisch uitvoerbaar en te evalueren zouden zijn), heeft de commissie zich, ondanks haar beslissing de paranormale behandelwijzen verder buiten beschouwing te laten, verdiept in een aanvraag voor subsidie voor het project 'De invloed van de paranormale geneeswijze op reumatoïde artritis'.

Naar aanleiding van het door de commissie geleverde commentaar is het protocol voor dit onderzoek aangepast en is een haalbaarheidsonderzoek verricht. Aan de hand van de resultaten daarvan hebben de onderzoekers bij WVC een herzien voorstel ingediend. De vraagstelling van dit onderzoek was tweërlei:

a Is er een verandering in de gezondheidstoestand van patiënten met reumatoïde artritis - als gevolg van de behandeling door een paranormale genezer - ten opzichte van een behandeling door een pseudo-paranormale genezer? b Is de 'eigen verwachting' van de patiënt van invloed op de verandering van de gezondheidstoestand?

De commissie is verzocht ook dit protocol te bestuderen en van commentaar te voorzien. Het belangrijkste commentaar betrof, naast een aantal bezwaren op methodologisch gebied, de pseudo-genezers die een controlegroep zouden moeten

behandelen (magnetiseren, dus geen behandeling op afstand). Voorts was de commissie van mening dat begeleiding van het onderzoek door een ervaren reumatoloog voorwaarde voor subsidiëring zou moeten zijn.

Aangezien ook door andere externe referenten velerlei bezwaren tegen dit onderzoeksvoorstel werden geformuleerd, is ten departemente besloten voor dit project geen subsidiegelden ter beschikking te stellen.

BIJLAGE P.IIICONTACT PARAPSYCHOLOGISCH LABORATORIUM RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT

De commissie heeft contact gehad met dr ir SA Schouten, verbonden aan het Parapsychologisch Laboratorium van de Rijksuniversiteit te Utrecht die, in samenwerking met dr Attevelt, een aantal algemene ideeën had ingediend bij het Ministerie van WVC voor onderzoek met betrekking tot de paranormale geneeswijze. Tevens had dr Schouten een voorstel uitgewerkt voor regulering van de paranormale geneeswijzen.

De commissie vond beide voorstellen interessant maar heeft gemeend niet op haar besluit de paranormale behandelwijzen verder buiten beschouwing te laten, te moeten terugkomen.

