

## **Integrale patiëntenwet: *investeren in de zorgrelatie***

De ministerraad heeft op 23 mei 2008 ingestemd met een voorstel van minister dr. A. Klink en staatssecretaris mw. dr. J. Bussemaker (VWS), mede namens minister mr.dr. E.M.H. Hirsch Ballin (Justitie). Het kabinet vraagt eind 2008 advies aan de Raad van State over een wetsvoorstel waarin de patiëntenrechten in onderlinge samenhang worden vastgelegd. De cliënt moet goede zorg krijgen, die past bij wat hij of zij wil en bovendien moet hij of zij weten waar die zorg te vinden is. Het ministerie van VWS werkt volgens het persbericht samen met cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het vastleggen van cliëntenrechten in wetgeving is een van de belangrijkste onderdelen van het kabinetsprogramma. Daaraan wil deze notitie – en de bijbehorende inhoudelijke bijlage – gefundeerd bijdragen vanuit patiëntenperspectief op een integrale geneeskunde.

Dit is noodzakelijk, omdat er anders geen ruimte ontstaat voor patiënten en artsen die kiezen voor complementaire vormen van behandeling. En dit is in strijd met de zeven door het Kabinet geformuleerde patiëntenrechten, die we volledig onderschrijven. En dat kan niet de bedoeling zijn van de bewindslieden. Een integrale geneeskunde en zorg past bij het eerste geformuleerde patiëntenrecht én de internationale ontwikkelingen.

Deze notitie wil dan ook bijdragen aan de totstandkoming van een integrale patiëntenwet. De concrete overwegingen staan in de inhoudelijke bijlage bij deze notitie (die inzet met samenvattende stellingen). Het Platform van Patiëntenorganisaties op het gebied van Complementaire Gezondheidszorg (PPCG) is onderdeel van de NPCF en staat voor de integratie van de door artsen gepraktiseerde reguliere en complementaire behandelwijzen (par. 1: NPCF en PPCG). In de bijlage worden de daarvoor noodzakelijke aanvullingen op de geformuleerde patiëntenrechten expliciet benoemd en van argumentatieve bronnen voorzien (par. 3: Integrale patiëntenwet). Die elementen komen vooral uit vier bronnen (par. 2: De vier bronnen):

1. *Beleidskader Complementaire Zorg* van de NPCF (mei 2006);
2. *Introductiedossier Complementaire & Alternatieve Geneeskunde* (Gezamenlijke CAM-Artsenverenigingen; mei 2007);
3. *Complementaire Geneeskunde (CAM) effectief, veilig en patiëntgericht* (Samenwerkende CAM-Artsenverenigingen; juni 2008);
4. Dr. H. Kiene: *Complementaire Geneeskunde - universitaire geneeskunde, de strijd om de wetenschap aan het einde van de 20e eeuw* (ISBN 90-73310-11-3).

Alle artsen zouden deze bronnen moeten lezen. Als ook politici, overheidsfunctionarissen en zorgverzekeraars zich deze denklijn eigen zouden maken, worden geneeskunde en geneeskunst bijeengehouden en behouden patiënten – om wie alles toch draait – een integraal en pluriform, innovatief en veilig therapieaanbod.

Wij vertrouwen erop dat bovengenoemde overwegingen en de inhoudelijke en concrete argumenten worden ingevoegd in het voorstel van de wet, waarin de patiëntenrechten in onderlinge samenhang worden vastgelegd. Als dit níét gebeurt, worden 1,5 miljoen consumenten van CAM-zorg in Nederland – waarvan velen regulier zijn 'uitbehandeld' – ernstig benadeeld. Zij moeten immers wel meebetalen aan een reguliere zorg die op essentiële punten tekort blijkt te schieten als het gaat om passende en veilige hulp. Wij zijn graag beschikbaar voor nadere informatie over een integrale geneeskunde en zorg en zien uit naar uw reactie. Integratie is de enige duurzame oplossing.

Hoogachtend,



Dr. R. Seldenrijk, Voorzitter PPCG

## Integrale patiëntenwet: *investeren in de zorgrelatie* (inhoudelijke bijlage)

Deze inhoudelijke bijlage dient ter onderbouwing van de notitie *Integrale patiëntenwet: investeren in de zorgrelatie*. In onderstaand kader zijn samenvattende stellingen weergegeven. De notitie bestaat vervolgens uit drie paragrafen. Eerst wordt de relatie tussen NPCF en PPCG beschreven (par. 1). In deze bijlage wordt voortgebouwd op het door de NPCF reeds verschaft materiaal voor de patiëntenwet. Daarbij baseren wij ons vooral op vier belangrijke bronnen (par. 2). Daarna komen de concrete hierop gebaseerde elementen voor een integrale patiëntenwet aan de orde (par. 3). Ze zijn in paragraaf 3 ondergebracht onder de zeven door het kabinet geformuleerd rechten.

### Samenvattende stellingen

Het Patiënten Platform Complementaire Gezondheidszorg (PPCG) hecht grote waarde aan een Integrale Patiëntenwet. Dat is de enige manier om in ons land ook de rechten van ruim anderhalf miljoen patiënten te waarborgen. Zij maken jaarlijks gebruik van de complementaire geneeswijzen en doen dat veelal noodgedwongen. Dit rapport geeft de argumenten en achtergronden voor het protest. De belangrijkste gezichtspunten worden hieronder in de vorm van stellingen naar voren gebracht.

1. Het PPCG onderschrijft volledig de zeven door de overheid geformuleerde patiëntenrechten. Daar ligt niet het probleem, maar zij zou het onrechtmatig achten als deze rechten niet universeel toepasbaar zouden zijn op *alle* categorieën van patiënten en gebruikers van gezondheidszorg.
2. Nergens in haar wetsvoorstel maakt de regering expliciet duidelijk dat bepaalde categorieën patiënten of gebruikers van zorg zullen zijn uitgesloten van de bepalingen in de nieuwe Patiëntenwet. Door slechts te verwijzen naar de verstrekkingen van met name de Zorgverzekeringswet en de AWBZ dreigen de patiënten van complementaire zorg buiten deze regelgeving te gaan vallen.
3. Het beginsel van keuzevrijheid voor de patiënt kan worden gezien als een grondwettelijk recht van de patiënt. In het wetsvoorstel formuleert ook de overheid dit als een basisrecht van de patiënt. Toch dreigt uitsluiting van een grote groep als uitsluitend eenzijdige natuurwetenschappelijke uitgangspunten (ziekte als orgaanstoornis, technische oplossingen) worden gehanteerd. Bezien vanuit historische, kentheoretische, wetenschappelijk en internationale beleidsoverwegingen, horen vertegenwoordigende organisatie(s) van patiënten van complementaire geneeswijzen er volledig bij! Tot nu toe zijn ze echter niet betrokken bij de voorbereiding van deze voor patiënten cruciale wet.
4. Een omvangrijke en groeiende groep van de Nederlandse bevolking wil ook andere vormen van geneeskunde, waarbij de gehele mens voorop staat in wisselwerking met zijn omgeving. Die zijn gebaseerd op het zelfherstellend vermogen in de mens. Deze integrale benadering sluit schadelijke behandelmethoden min of meer per definitie uit. Deze andere geneeskundige benadering is inmiddels wereldwijd met een veelheid van wetenschappelijke onderzoeksresultaten onderbouwd en is kosteneffectief. Daarom zou CvZ dezelfde totaalset van criteria moeten hanteren voor reguliere en complementaire geneeswijzen.
5. De meeste patiënten van complementaire behandelaars hebben voorafgaand het reguliere circuit doorlopen tot ze waren 'uitgedokterd'. Ervaring en tekortschieten van de huidige geneeswijzen én bijwerkingen van reguliere medicijnen deed velen aanvankelijk aarzelend overstappen naar de complementaire geneeswijzen: jaarlijks ruim 1,5 miljoen patiënten, die de kosten bovendien goeddeels zelf betalen! De uiteindelijke evidentie van positief effect heeft bijgedragen aan de enorme groei van deze geneeswijzen. Uiteindelijk zijn ervaring en genezing van de patiënt de hoogste evidentie!
6. De complementaire zorg is vooral ook een *veilige* zorg, al wordt ook hier soms onoordeelkundig gehandeld. Vergeleken met de veiligheid van reguliere geneeskunde is het blijven hameren op een enkele complementaire fout zwaar overtrokken. Het PPCG bepleit *integratie* van de bonafide onderdelen van beide stromingen in een *integrale zorg: zorg voor iedereen*.
7. Voor veel complementaire geneeswijzen is er al lang wetenschappelijk bewijs. Een verschuiving van een paradigma duurt gemiddeld 50 jaar. Het gaat om het managen van complexe vraagstukken en verschillende waardesystemen rond gezondheid en welzijn. Uitdaging voor volksvertegenwoordiging en regering is de integratie van al langer bestaande onderscheiden structuren tot een goed functionerend en elkaar ondersteunend geheel (*spiral dynamics*).

**Scheidslijnen** tussen regulier en complementair blijken steeds meer het belang van de patiënt en de kwaliteit van de gezondheidszorg in de weg te staan. Gesteund door kentheoretische/ wetenschappelijke overwegingen en een internationaal (mondiaal) gezondheidsbeleid is **integratie** van het beste van reguliere en complementaire geneeskunde de **enige duurzame oplossing** die effectief en kosteneffectief is.

## 1. NPCF en PPCG

De NPCF heeft een belangrijke bijdrage geleverd in de voorwaarden en inhoudelijke elementen van de patiëntenwet. Het Platform van Patiëntenorganisaties op het gebied van Complementaire Gezondheidszorg (PPCG) maakt sinds januari 2008 deel uit van de NPCF en behartigt in dit kader een overkoepelend belang. PPCG is een bundeling van krachten van patiëntenorganisaties die affiniteit hebben met deze vorm van zorg. Ieder jaar gebruiken meer dan 1,5 miljoen mensen in Nederland enige vorm van complementaire gezondheidszorg. Cijfers tijdens het congres *Fusion* in maart 2007: 8 procent van de gehele Nederlandse bevolking, 15 procent bij chronische klachten en 30 procent bij kinderen. Volgens TNS NIPO zijn de ervaringen van deze groep patiënten 'bijzonder positief'. Als we daar ook nog de complementair werkende huisartsen bij betrekken, gaat het om 11 procent van de gehele bevolking. De belangen van deze patiënten zouden beter moeten worden behartigd dan momenteel gebeurt.

PPCG streeft naar een algehele erkenning van betrouwbare hoogwaardige complementaire geneeswijzen door overheden, zorgverleners en verzekeraars. Zij werkt daartoe samen met andere partijen in dit veld, waaronder de artsen en onderzoekers. PPCG wil de schakel zijn tussen patiëntenorganisaties, hulpverleners en onderzoekers om gezamenlijk erkenning van de complementaire zorg in Nederland te bevorderen. Alleen op deze manier ontstaat een integrale benadering met het beste uit de reguliere en complementaire geneeswijzen.

Complementaire gezondheidszorg omvat onder meer acupunctuur, antroposofische gezondheidszorg, homeopathie, manuele geneeskunde, natuurgeneeskunde en neuroltherapie. Deze wordt verleend door artsen en andere zorgverleners, naast reguliere zorg of in plaats daarvan. Teneinde de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland te verbreden, streven patiëntenorganisaties, complementaire artsenorganisaties en wetenschappers naar een meer integrale geneeskunde. Dit naar richtlijnen van de WHO en internationaal voorbeeld, waarbij regulier werkende artsen en complementair werkende artsen meer samenwerken dan in Nederland. Zij doen dit vanuit de overtuiging dat een integrale benadering van de gezondheidszorg niet alleen de kwaliteit en innovatie van de geneeskunde in Nederland stimuleert, maar ook die van het onderwijs, het onderzoek, het toezicht en de regelgeving.

Het is even treffend als zorgwekkend dat telkens de ene casus Millecam wordt genoemd om het gehele complementaire veld in diskrediet te brengen. Blijkbaar bestaat er nauwelijks casuïstiek voor levenbedreigende fouten. En blijkbaar is de 'reguliere' bejegening erg 'leerstellig/dogmatisch' en zeer orthodox of fundamentalistisch (Kiene, 119-172) – door onkunde of kwade wil – maar toch ... En dat geldt voor artsen, politici en bestuurders met schade voor de patiënt. Bovendien zijn wat dit betreft de belastende feiten rond het fysisch-chemische concept van de reguliere geneeskunde duizenden malen groter. En daar wordt geen aandacht aan gegeven. Waarom niet? Zijn – in aanvulling op bovengenoemde mogelijkheden van onkunde en kwade wil – misschien ook financiële belangen in het geding? Van die belangen gaat jaarlijks € 100 miljoen aan medicijnen retour en van ruim de helft van die medicijnen staat niet vast dat ze de voorgegeven werking hebben (ze zijn niet 'evidence-based', *nota bene*). Verkeerd medicijngebruik en bijwerkingen kosten jaarlijks ook nog eens € 90 miljoen én ze veroorzaken het grootste deel van 6.000 doden! Dat wordt tevens veroorzaakt door medische missers die jaarlijks 1,4 miljard euro kosten en waardoor bovendien elk jaar 50.000 mensen in de WAO terecht komen. De zorg kan beter en efficiënter, zo stond boven het persbericht van de NPCF d.d. 19-02-2004 (Complementaire Geneeskunde, 8).

Het college voor Zorgverzekeringen (CvZ) zou reguliere en complementaire geneeswijzen integraal moeten benaderen en daarbij al haar negen criteria in de vergelijking moeten meenemen. Voor veel complementaire geneeswijzen is er al lang wetenschappelijk bewijs. Het gaat om het managen van complexe vraagstukken en verschillende waardesystemen rond gezondheid en welzijn. Een verschuiving van een paradigma duurt gemiddeld 50 jaar. Uitdaging

voor volksvertegenwoordiging en regering is om door integratie de al langer bestaande onderscheiden structuren tot een goed functionerend en elkaar ondersteunend geheel te maken (*spiral dynamics*). Kortom: Waar blijft de integrale discussie ter verbetering van de behandelkwaliteit voor de patiënt vanuit een integrale gezondheidszorg die daardoor ook goedkoper kan worden?

In deze notitie wordt voortgebouwd op het door de NPCF reeds verschaft materiaal voor de patiëntenwet. Daarbij baseren wij ons vooral op vier belangrijke bronnen die in paragraaf 2 zijn beschreven. Daarna komen – onder de zeven door de overheid geformuleerde patiëntenrechten – de elementen voor een integrale patiëntenwet aan de orde.

## 2. Vier bronnen

Deze notitie wil bijdragen aan de totstandkoming van een integrale patiëntenwet. Het PPCG staat voor de integratie van het beste van de door artsen gepraktiseerde reguliere en complementaire behandelwijzen. De navolgende elementen komen vooral uit vier bronnen. Ze zijn in paragraaf 3 ondergebracht onder de zeven door het kabinet geformuleerde rechten.

### a. *Beleidskader Complementaire Zorg van de NPCF* (mei 2006)

Het *Beleidskader* is voor de CG-Raad en de NPCF – op dat moment de formele vertegenwoordigers van alle Nederlandse zorgvragers – ontwikkeld door de Werkgroep Complementaire Zorg (WCZ). De patiëntenorganisaties die bij de opstelling van het *Beleidskader* waren betrokken, deden dat (exclusief de Federatie voor Antroposofische Gezondheidszorg, het Gehandicaptenberaad Velzen en het Overleg Gehandicaptenbeleid Leiden) namens ongeveer 175.000 leden. De NPCF heeft het *Beleidskader* d.d. 10 mei 2006 per brief aangeboden aan Minister drs. J.F. Hoogervorst (VWS) en aan de (plaatsvervangende) leden van de Vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer van de Staten Generaal.

Dit *Beleidskader* gaat in hoofdstuk 2 kort in op het begrip complementaire zorg, en beschrijft in hoofdstuk 3 de totstandkoming van de WCZ. Het *Beleidskader* noemt in hoofdstuk 4 enkele randvoorwaarden voor complementaire zorg. Hoofdstuk 5 beschrijft in vogelvlucht de resultaten van enkele recente onderzoeken op het gebied van complementaire zorg (TNS NIPO onderzoeken 2005: enquête onder consumenten en onder patiënten-/consumenten organisaties) en gaat kort in op het overheidsbeleid op dat gebied in Nederland (hoofdstuk 6: wettelijk kader, het nieuwe zorgverzekeringsstelsel en betrokkenheid bij onderzoek) en in enkele andere landen (hoofdstuk 7: Verenigde Staten, Bondsrepubliek Duitsland, Groot-Brittannië en Zwitserland). Hoofdstuk 8 bevat een samenvatting van de activiteiten van internationale organisaties (Wereld Gezondheidsorganisatie en Europese Unie). Tot slot geven de hoofdstukken 9 en 10 de conclusies en aanbevelingen van de WCZ aan de NPCF en de CG-Raad weer. Het rapport bevat zes bijlagen.

Op 9 februari 2006 heeft de Algemene Ledenvergadering van de NPCF de conclusies en aanbevelingen van het *Beleidskader* overgenomen. Het bestuur van de CG raad deelde in die Algemene Ledenvergadering mee dat de werkzaamheden van de WCZ beter zouden passen binnen de doelstellingen van NPCF. Aldus wordt besloten waarbij de verantwoordelijkheid voor het aandachtsterrein complementaire zorg wordt ondergebracht bij de NPCF (*Beleidskader Complementaire Zorg*, 30). Vanaf die datum is het aandachtsveld CAM zorg een wezenlijk onderdeel van de NPCF. Tot de komst van het PPCG was het moeilijk hieraan gepaste prioriteit te geven, al was dit op 14 februari 2006 door de WCZ voorgesteld.

Mede gezien de ondoorzichtigheid in de kwaliteit van het aanbod dringt de NPCF er bij de minister met name op aan om:

- de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uit 2002 uit te voeren, waarin de WHO o.m. aandringt op integratie van complementaire

gezondheidszorg in de nationale gezondheidssystemen en op de bevordering van de veiligheid, effectiviteit, kwaliteit en toegankelijkheid van complementaire zorg;

- bij de Europese Commissie aan te dringen op uitvoering van de resolutie van het Europees Parlement over complementaire zorg uit 1997;
- eenduidige kwaliteitscriteria voor complementaire zorg te laten ontwikkelen waarbij patiënten- en consumentenorganisaties moeten worden betrokken; en om
- een centraal onafhankelijk informatiepunt voor complementaire zorg tot stand te brengen, bij voorkeur aansluitend bij bestaande informatiesystemen.

Aan de leden en plaatsvervangend leden van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer hebben NPCF en FCZ verzocht er bij Minister Hoogervorst op aan te dringen de bovengenoemde zaken ter hand te nemen.

#### **b. Introductiedossier Complementaire & Alternatieve Geneeskunde** (gezamenlijke CAM-Artsenverenigingen; mei 2007)

De artsorganisaties hebben dit introductiedossier opgesteld, omdat zij herhaaldelijk werden geconfronteerd met een gebrek aan kennis bij politici en bestuurders. Dat gebrek aan kennis gaat over hun werkwijze en de instrumenten voor kwaliteitstoezicht in de complementaire geneeskunde. In Nederland zijn meer dan 1.500 geregistreerde complementaire artsen actief die jaarlijks naar schatting 800.000 consulten hebben.

Over de gehele wereld verdiepen goed opgeleide artsen zich in *Complementary and Alternative Medicin* (CAM). Dit is een richting binnen de geneeskunst die zich in grote lijnen richt op het herstel van het evenwicht en de kracht van lichaam en geest. Het doel van deze aanpak is het lichaam zelf aan te zetten tot genezing. Op die manier wordt een grotere gezondheid bereikt dan die, die in het algemeen wordt bereikt door uitsluitend 'reguliere' geneeskunde. Het *Introductiedossier* is een brochure ter inleiding in acupunctuur, antroposofische geneeskunde, homeopathische geneeskunde, natuurgeneeskunde en neuuraaltherapie. Ze worden allen toegepast door universitair geschoolde en nageschoolde artsen. Alle verenigingen van deze gespecialiseerde artsen vereisen BIG-registratie. In de integrale geneeskunde worden twee goede werelden verenigd: het beste van de reguliere en de complementaire geneeskunde (voor historische en filosofische onderbouwing zie c.).

Artsen die lid zijn van een complementaire artsvereniging zijn volledig medisch gekwalificeerd, hebben een aanvullende opleiding afgerond en stellen evenals reguliere artsen altijd eerst een reguliere medische diagnose en vervolgens een complementaire diagnose. Op basis van de beide diagnoses, volgt een advies en worden de eventuele behandelingsmogelijkheden besproken, overeenkomstig de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). Alleen als het geïndiceerd is en verantwoord geeft de arts een complementaire behandeling. Dit zijn de belangrijkste punten uit het zogeheten *Introductiedossier* dat vijf artsverenigingen in de complementaire geneeskunde hebben opgesteld voor politici en bestuurders.

Het *Introductiedossier* beschrijft de werkwijze van reguliere en CAM-artsen. Het geeft voorbeelden die wereldwijd bijdragen aan emancipatie van de CAM-geneeskunst: WHO, Europees Parlement, Verenigde Staten, de Britse overheid en de actuele situatie in Nederland. Ook wordt ingegaan op wetenschappelijk onderzoek naar CAM, dat geheel ten onrechte (zie c.) een prooi is geworden van een eveneens onterechte polarisatie. Van de besproken specialisaties binnen CAM wordt achtereenvolgens ingegaan op de medische zienswijze, de behandelingsmethode, onderzoek en organisatie van de artsen. Ieder hoofdstuk sluit af met enkele belangrijke adressen. Tot slot wordt in een schematisch overzicht van de specialisaties ingegaan op hun gezamenlijke of afzonderlijke kwaliteitsregelingen (beroepsprofiel, opleidingseisen en eindtermen, van lidmaatschap afhankelijke registratie, reglementen, klachtencommissie/FONA-MIP, interne kwaliteitstoetsing, gedragscode, regeling verplichte schriftelijke berichtgeving aan andere behandelaar en regels voor

bereikbaarheid en waarneming). Het *Introductiedossier* is op 9 juli 2007 per brief aangeboden aan Minister dr. A. Klink (VWS) en aan de leden van de Vaste Kamercommissie VWS.

**c. Complementaire Geneeskunde (CAM) effectief, veilig en patiëntgericht – de betekenis van complementaire geneeskunde in Nederland** (gezamenlijke CAM-Artsenverenigingen; juni 2008)

In deze kabinetsperiode staat er een aantal belangrijke besluiten over complementaire geneeskunde op de politieke agenda, zoals de wet BIG en eventuele BTW-plichtigheid voor CAM-artsen. In de aanloop naar deze en andere onderwerpen is gebleken dat er in bestuurlijke en politieke kringen onvoldoende kennis bestaat. Dat geldt voor CAM-geneeskunde in het algemeen. Maar dit geldt ook voor kwaliteitssystemen die CAM-Artsenverenigingen hanteren.

Ook over onderzoeksresultaten in de CAM-geneeskunde is in bestuurlijke en politieke kringen niet veel bekend. Bovendien blijkt dat er nauwelijks een consistent, nationaal beleid wordt ontwikkeld, dat is geënt op actuele ontwikkelingen in binnen- en buitenland.

Om verschillende redenen wordt de belangenbehartiging van CAM-artsen door de KNMG bemoeilijkt. Desondanks hebben vertegenwoordigers van de KNMG en CAM artsorganisaties de laatste jaren samengewerkt en resultaten geboekt. Het positionpaper is geschreven namens zes CAM-Artsenverenigingen: natuurgeneeskunde, homeopathie, acupunctuur, neuraaltherapie, antroposofische én orthomaneuele geneeskunde. Het is geschreven in nauwe samenwerking met het PPCG.

In het positionpaper wordt achtereenvolgens ingegaan op wat CAM inhoudt, waarom de populariteit toeneemt, op het feit dat de gezondheidszorg op een inhoudelijk keerpunt staat, de veiligheid, effectiviteit en kostenefficiëntie van CAM, CAM en de patiënt en onderzoeksresultaten. CAM is vooral effectief bij chronische, individuele dat wil zeggen niet-overdraagbare aandoeningen. Dit is het indicatiegebied waar reguliere behandelingen niet het gewenste resultaat opleveren.

**d. Een boek van dr. H. Kiene: *Complementaire geneeskunde - universitaire geneeskunde, de strijd om de wetenschap aan het einde van de 20e eeuw*** (ISBN 90-73310-11-3).

Deze Duitse arts, methodoloog en kentheoreticus deed wetenschappelijk grondslagenonderzoek op zowel kentheoretisch en methodologisch gebied als op het gebied van complementaire of aanvullende geneeskunde. In dit boek weerlegt Kiene op overtuigende manier de vijf argumenten tegen de complementaire geneeskunde:

- de geneesmiddelen uit de complementaire geneeskunde hebben een placebo-werking;
- de werkzaamheid van deze geneesmiddelen is niet wetenschappelijk aangetoond;
- de werkzaamheid van deze middelen moet in 'randomized clinical trials' worden bewezen;
- deze geneesmiddelen zijn mogelijk onveilig;
- de complementaire geneeskunde is in strijd met de natuurwetenschappelijke uitgangspunten.

Geen van deze argumenten blijkt op kentheoretische en methodologische gronden steekhoudend. Met grote helderheid en kennis van zaken legt dr. Kiene bovendien onjuiste vooronderstellingen, blinde vlekken en denkfouten bloot van de natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde.

Kiene gaat ook in op de fundamentele omslag in het denken aan het einde van de veertiende eeuw. Die diepgaande verandering wordt veroorzaakt door een bekend middeleeuws debat tussen zogeheten nominalisten en realisten. Kort gezegd ging dat debat over de vraag of algemene begrippen (*universalia*) echt bestaan (realisten), óf dat die begrippen uitsluitend

producten zijn van de menselijke geest (nominalisten). Het nominalisme blijft steken in de materie: een met het verstand te vatten, te meten, te wegen en te tellen driedimensionale wereld. Het realisme begrijpt de werkelijkheid vanuit de volle breedte van de ervaringswereld en die heeft een extra dimensie.

De discussie tussen beide is nooit beslecht. Toch verdringt in de hoge Middeleeuwen het nominalisme van Willem van Ockham (ca. 1285-1350) het realisme van het filosofisch hoofdtonel. En dat heeft grote gevolgen. De natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde staat in de lijn van het nominalisme, terwijl de levenbeschermende geneeskunde en de complementaire geneeswijzen (een Hippokratische geneeskunst) in de lijn van het realisme staan. Er is geen afdoende reden vanuit kentheoretische gronden en vanuit de ervaringswerkelijkheid om het realisme zijn realiteitsbegrip te ontzeggen. En daarmee hebben beide benaderingen van de geneeskunde hun bestaansrecht en het recht aanvullend aan elkaar te worden gepraktiseerd.

Alle artsen zouden dit boek van dr. Helmut Kiene moeten lezen. Als ook politici, overheidsfunctionarissen en zorgverzekeraars zich deze denklijn zouden eigen maken, worden geneeskunde en geneeskunst bijeen gehouden en behouden patiënten – om wie alles toch draait? – een integraal en pluriform, innovatief en veilig therapieaanbod.

### 3. Integrale patiëntenwet

De cliënt moet er op kunnen vertrouwen dat kwaliteit en veiligheid als hoogste prioriteit worden beschouwd. Daarom heeft het kabinet zeven rechten geformuleerd. De rechten zijn uitgewerkt in het programma *Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie*. Per recht zijn bovendien concrete maatregelen geformuleerd. De elementen van het PPCG zijn ondergebracht onder deze zeven door het kabinet geformuleerde rechten en concrete maatregelen. Dit om te voorkomen dat de patiëntenwet toch weer volledig uitgaat van het reguliere denken.

#### 3.1 het recht op beschikbare en bereikbare zorg

De rechten voor cliënten worden uitgebreid naar de langdurende zorg. De zeven cliëntenrechten gelden naast de geneeskundige behandeling, ook bij verzorging, verpleging en begeleiding of wel voor ondersteuning tijdens het gehele leven. Een integrale zorgvisie, waarin zowel het aanbod van de reguliere als de complementaire zorg in gelijke mate toegankelijk is, vergroot het recht van de cliënt op beschikbare zorg.

##### 3.1.1 *niet buiten spel zetten*

Een integrale zorgvisie, waarin zowel het aanbod van reguliere als complementaire zorg in gelijke mate toegankelijk is, vergroot het recht van de cliënt op beschikbare zorg. 6 à 7 procent van de (gehele) bevolking bezoekt een complementair arts of behandelaar/therapeut. In de voorgestelde wet wordt de consument die gebruik wil maken van complementaire zorg buiten spel gezet, wat niet de bedoeling kan zijn van een wet die juist het recht op beschikbare zorg wil vergroten (Introductiedossier, 4).

##### 3.1.2 *Nederland valt uit de toon*

Ook al is CAM enorm gegroeid, de wettelijke en beleidsmatige positie wisselt sterk in verschillende Europese landen. Zowel het Europese Parlement als de Raad van Europa en de WHO hebben resoluties aangenomen. Daarin worden de Europese landen opgeroepen om op het gebied van CAM een nationaal beleid te voeren. Nederland heeft daar tot nu toe nauwelijks gehoor aan gegeven (Complementaire Geneeskunde, 4).

##### 3.1.3 *Eerlijke toetsing voor toelating*

De beoordeling door het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) dient zowel voor reguliere als voor complementaire zorg te gebeuren aan de hand van alle criteria en die bijvoorbeeld te voorzien van een puntensysteem: *evidence based* (en *cognition based*), *practice based*,

werkzaamheid/resultaat, effectiviteit, bijwerkingen, ervaringen patiënt, kwaliteit van leven, kosten en medisch-ethische aspecten.

### 3.2 het recht op keuze en keuze-informatie

Het recht op keuze houdt onder meer in de keuze van de cliënt voor zorg die bij hem of haar past. Een significante groep cliënten heeft duidelijk behoefte aan een gezondheidszorg die breder is georiënteerd dan de reguliere gezondheidszorg. Die heeft dus behoefte aan een integrale benadering van de gezondheidszorg. Het recht op keuze-informatie betekent volledige, juiste en onafhankelijke informatie aan alle betrokken partijen in de zorg. Het betrekken van complementaire zorg in de nieuwe wetgeving betekent voor cliënten, verzekeraars, zorgverleners, bestuurders én toezichthouders dat hun keuze-informatie wordt vergroot. In onder meer het Introductiedossier wordt aangegeven dat de werkzaamheid en veiligheid van verschillende complementaire behandelmethoden wel degelijk goed wetenschappelijk zijn onderzocht en onderbouwd. Om de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland te waarborgen en te blijven verbeteren, streven diverse patiëntenorganisaties, CAM-Artsenverenigingen, wetenschappers en anderen een integrale geneeskunde na.

#### *3.2.1 vraagsturing en keuzevrijheid*

Het nieuwe zorgverzekeringstelsel zou zijn gebaseerd op een overgang van aanbod- naar vraagsturing en ook een ruimere keuzevrijheid voor de patiënt bieden (Beleidskader Complementaire Zorg, 17). Ten aanzien van de CAM patiënt lijkt dit nieuwe stelsel het tegendeel te bewerkstelligen.

#### *3.2.2 zorg die bij patiënt/cliënt past*

Het recht op keuze houdt onder meer in: keuze van de cliënt voor zorg die bij hem of haar past. Een significante groep cliënten heeft duidelijk behoefte aan een gezondheidszorg die breder georiënteerd is dan de reguliere gezondheidszorg, behoefte aan een integrale benadering van de gezondheidszorg dus. Het betrekken van complementaire zorg in de nieuwe wetgeving betekent daarmee ook dat de informatievoorziening rondom complementaire zorg verbetert en toegankelijker wordt, waardoor de hoeveelheid en kwaliteit van de informatie voor de zorgconsument toeneemt. Daarnaast stelt u dat de zorgaanbieders worden verplicht om specifieke informatie te publiceren. Met het uitsluiten van CAM, loopt dit land de kans dat dit veld een grijs gebied wordt (Introductiedossier, 4).

#### *3.2.3 zelfbeschikkingsrecht*

De burger heeft het wettelijk recht op zelfbeschikking. De populariteit van CAM neemt toe. Er zijn 1,5 miljoen gebruikers, maar het gebruik wordt niet gefaciliteerd en zelfs steeds onmogelijker gemaakt (Complementaire Geneeskunde, 4-5).

#### *3.2.4 placebo-effect*

Het placebo-argument is niet wetenschappelijk gefundeerd. Dit stigmatiserende argument mag dus in de keuze-informatie niet meer en zeker niet zonder meer worden gebruikt rond complementaire geneeswijzen (Kiene, 21-36).

#### *3.2.5 dubbelblind onderzoek*

Dubbelblind gerandomiseerd onderzoek levert de 'bewijskracht' voor werkzaamheid en veiligheid, maar kent wetenschappelijke, medische en ethische kanttekeningen (voorbeelden: 10.000 mismaakte kinderen door embryo-toxiciteit van Softenon®, 1960-1961; sterftecijfer van clobiferaat in 1979; letterlijke levensgevaar van de pijnstillers Vioxx® in 2005 hoewel toelating voldeed aan alle wetenschappelijke criteria). Afzien van gerandomiseerd onderzoek is methodisch goed te verdedigen. De dominerende nominalistische statistiek in het onderzoek kan gemakkelijk op gespannen voet staan met het belang van de individuele patiënt en zijn arts. Bij complementaire behandelwijzen heeft individualisering van de therapie een eigen waarde en betekenis voor het patiëntenperspectief. Er zijn hiervoor betere onderzoeksmethoden beschikbaar. Vanuit de traditie van de geneeskunst moet het principe van de individuele ethiek in onderzoek en behandeling voorop blijven staan (Kiene, 37-94).

### 3.2.6 *werkzaamheid*

Dit is ook de bron van het oordeel dat de werkzaamheid van complementaire middelen ontbreekt of twijfelachtig is (vooral van homeopathische, antroposofische en fytotherapeutische geneesmiddelen). Dit blijkt niet gebaseerd op beschikbare feiten, zoals kentheoretisch zuiver geanalyseerde meta-analyses. Dit stigmatiserende argument mag dus in de keuze-informatie niet meer en zeker niet zonder meer worden gebruikt rond complementaire geneeswijzen, terwijl het onderzoeksdesign aanpassing behoeft en overheidsbudget verdient. Vermelding dat 'wetenschappelijke' basis voor werkzaamheid ontbreekt, dient vooralsnog achterwege te blijven (Kiene, 95-172).

### 3.3 het recht op kwaliteit en veiligheid

Voor cliënten wordt duidelijker wat de minimale eisen zijn waaraan veilige zorg moet voldoen, in de vorm van minimumnormen voor de veiligheid. Het recht op informatie over fouten die merkbare gevolgen – kunnen – hebben voor de cliënt wordt vastgelegd. Hierdoor kunnen aansprakelijkheidsverzekeraars geen beperkingen opleggen in de polisvoorwaarden. Ook komt voor de cliënt informatie over de rechtspositie en over de mogelijkheden in de behandeling, verzorging, verpleging en begeleiding beschikbaar.

#### 3.3.1 *adviescommissie, opleiding en informatie*

De Commissie Muntendam adviseert in 1981 (27 jaar geleden!) aan de overheid o.a.

- zorg voor een adequate basisopleiding voor CAM behandelaars;
- maak een adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad inzake CAM zorg;
- bevorder het verstrekken van informatie over CAM behandelwijzen in de bestaande (para)universitaire opleidingen (Beleidskader Complementaire Zorg, 18).

Volgens onze informatie is hier nog steeds niets van terechtgekomen.

#### 3.3.2 *wetenschappelijke kwaliteit*

ZonMW kreeg in 2005 van VWS de opdracht voor een plan van aanpak voor een onderzoek op het gebied van CAM zorg die door artsen wordt geleverd. Het doel van dit onderzoek was om binnen 2 jaar de wetenschappelijke kwaliteit en daarmee de kansrijkheid van onderzoek naar complementaire geneeswijzen in Nederland te bevorderen (Beleidskader Complementaire Zorg, 19). Dit onderzoek is nooit tot een goed einde gebracht: minister Hoogervorst beëindigde de subsidie om voor ons onbekende reden. Er is een overmaat aan wetenschappelijke publicaties, hoewel er een grote ongelijkheid is in de publieke fondsen voor regulier medicijnonderzoek en die voor CAM (Complementaire Geneeskunde, 6, 9-10).

#### 3.3.3 *andere onderzoeksmethode*

De Gezondheidsraad heeft in 1993 (15 jaar geleden) aan VWS ondermeer aanbevolen om andere onderzoeksmethoden te gebruiken bij CAM zorg. Door VWS is toen een subsidie van fl. 100.000 (gulden) aan ZonMW toegekend voor het opzetten van een onderzoek naar de effectiviteit van CAM zorg (Beleidskader Complementaire Zorg, 18; Complementaire zorg, 4,5). Wat is uit dit vooronderzoek terecht gekomen? Een subsidie van 100.000 gulden (ca. €45.450,-) is natuurlijk een schijntje vergeleken bij de formidabele bedragen die voor regulier onderzoek worden uitgetrokken.

#### 3.3.4 *ondersteuning kwaliteitsbeleid*

De Consumentenbond kreeg tot 2005 subsidie van VWS om het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties van CAM behandelaars te onderzoeken (Beleidskader Complementaire Zorg, 18). Dit onderzoek (hoewel lang niet perfect) was een begin waarmee het kaf van het koren gescheiden kon worden. De Consumentenbond hanteerde bij dit onderzoek o.a. de criteria van het toenmalige Lopag. Minister Hoogervorst zag blijkbaar het nut niet in van dit onderzoek en heeft de subsidie beëindigd.

#### 3.3.5 *wel degelijk wetenschappelijk onderzocht*

Zoals o.m. weergegeven in het introductiedossier zijn de werkzaamheid en veiligheid van verschillende complementaire behandelmethoden wel degelijk goed wetenschappelijk onderzocht en onderbouwd. Om de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland te

waarborgen en te blijven verbeteren, streven diverse patiëntenorganisaties, CAM-Artsenverenigingen, wetenschappers en anderen een integrale geneeskunde na (Introductiedossier, 4).

### 3.3.6 *zelfherstellend vermogen of fysisch-chemisch concept?*

Met recht kan worden aangenomen dat er een 'natuurlijk' onderscheid is tussen twee soorten geneesmiddelen. Zo zijn er geneesmiddelen die zijn ontwikkeld om het zelfherstellend vermogen van het organisme te mobiliseren. Ook zijn er geneesmiddelen die vanuit een fysisch-chemisch concept werden ontwikkeld. Het gaat dus om verschillende soorten middelen die tegengesteld werken. Daarbij is het onjuist te stellen dat er sprake is van dezelfde risico's (Kiene, 173-182).

### 3.3.7 *veiligheid van complementaire behandelingen*

Suggestie: Merendeel van de complementaire behandelwijzen hebben een zeer gunstig veiligheidsprofiel. Echter, net als bij fysisch-chemische middelen is ook hier onderscheid te maken tussen verschillende veiligheidsprofielen van de verschillende complementaire therapieën. Een kritische houding ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid van de therapie in relatie tot ernst van de klachten is voor zowel fysisch-chemische middelen als complementaire behandelwijzen belangrijk. Naar analogie van de tabaksverpakking dienen de risico's van de geneesmiddelen op de verpakking te worden vermeld (Complementaire Geneeskunde, 4-5; Kiene, 173-182).

## 3.4 het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy

Binnen de zorginstelling wordt de klachtprocedure eenvoudiger. Cliënten kunnen met hun signaal of klacht minimaal terecht bij een klachtfunctionaris. Dit voorkomt escalatie.

### 3.4.1 *Rechtspositie*

De WGBO regelt de rechtspositie van de patiënt (Beleidskader Complementaire Zorg, 15). In de praktijk is dit vooral van toepassing voor de patiënt in de reguliere zorg. De CAM patiënt blijft in de kou staan of wordt gediscrimineerd.

### 3.4.2 *In de eerste plaats arts met solide diagnostiek en prognostiek*

Het komen tot een integrale benadering van zorg betekent dat de behandeling bij een CAM-arts valt onder de verplichtingen zoals u deze in de wet voorstelt. Hiermee wordt essentiële informatie over het verloop van een behandeling behouden en kan worden gedeeld, wat van groot belang is in een adequate zorg voor de cliënt. Let wel: CAM-artsen zijn in eerste instantie ARTS! Evenals reguliere artsen verrichten zij solide diagnostiek en prognostiek. Het buitensluiten van CAM-artsen betekent niet alleen dat behandelinformatie verloren gaat, het betekent ook dat de in het reguliere circuit geldende cliëntenrechten, bij gebruikmaking van CAM behandelmethoden, voor de cliënt in het geding zijn (Introductiedossier, 4).

### 3.4.3 *informatie*

Artsen, zowel CAM-artsen als reguliere artsen, moeten met inachtneming van de WGBO, de patiënt dusdanig informeren, dat deze op basis van betrouwbare informatie zelf een keuze voor een bepaalde behandeling maakt. Daarbij gelden dezelfde rechten en plichten voor de CAM-arts en zijn patiënt als voor de reguliere arts en diens patiënt (Complementaire Geneeskunde, 5).

### 3.4.4 *Onpartijdigheid van de staat en los van economische belangen*

Erkenning van geneesmiddelen en het functioneren van tuchtcolleges vraagt om een integrale benadering die niet wordt gefrustreerd door een 'reguliere' monopoliepositie (Kiene, 10-11).

## 3.5 het recht op afstemming tussen zorgverleners

Zorgverleners die een cliënt tegelijk of kort na elkaar zorg verlenen, moeten de informatie tijdig overdragen en nazorg verlenen. Dit geldt in zowel de preventieve, curatieve als langdurende zorg.

### 3.5.1 *integratieve benadering*

Zoals onder punt 3.4.3 gesteld, is het essentieel voor een cliënt dat informatie van verschillende zorgaanbieders wordt gedeeld. De CAM-geneeskunde gaat uit van de samenwerking binnen

één organisme: het systeem dat de organen met elkaar verbindt. Deze nieuwe wet hanteert dezelfde uitgangspunten dat met de verbinding en afstemming van informatie vanuit verschillende zorgverleners de zorg beter op de cliënt wordt afgestemd. Met een integratieve benadering, waarbij ook de CAM-geneeskunde wordt betrokken, kan dit voor de cliënt optimaal worden bereikt (Introductiedossier, 5).

### 3.5.2 pluralisme

Patiënt en samenleving zijn gebaat bij een integrale geneeskunde die begint bij de patiënt en zijn zelfherstellend vermogen: de beste complementaire en dan de beste reguliere. Beide beste kanten moeten worden gerespecteerd en bevorderd. Zo niet, dan ontstaat een mensenvriendelijk en mogelijk levensvijandig medisch systeem dat niet meer is te controleren en ondergaat in zijn eigen systeemdwang. Waarheid en werkelijkheid blijven waar en werkelijk tegen concurrerende opvattingen in. Een natuurlijk systeem is een zelfordenend systeem (Kiene, 183-190).

## 3.6 het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling

Er komt een laagdrempelige en onpartijdige commissie buiten de zorginstelling die uitspraak kan doen over de toepassing van cliëntenrechten. De rechtspositie van de cliënt wordt hierdoor sterker.

### 3.6.1 complementaire patiënt bijna nooit geholpen door IKG

In een brief van 21 juni 2004 van de minister van VWS aan de St. Natuurlijk Welzijn stelt de minister dat CAM patiënten beschermd worden door de Nederlandse wet – en regelgeving. Individuele zorgverleners, zowel complementair als regulier vallen onder de werking van de wet BIG, de WGBO en het Wetboek van strafrecht. Ook de IGZ maakt volgens de minister geen onderscheid tussen deze vormen van zorg (Beleidskader Complementaire Zorg, 16). In de praktijk kan een patiënt van een CAM behandelaar echter bijna nooit geholpen worden door de IKG. Die is door de overheid opgezet als instelling voor klachtenopvang, maar daar weten ze niets van CAM zorg.

### 3.6.2 CAM: effectief

In de laatste decennia is een toenemende hoeveelheid onderzoek gepubliceerd dat de effectiviteit van CAM-behandelingen aantoonde. De publicaties stonden in *peer-reviewed* wetenschappelijke tijdschriften (Complementaire Geneeskunde, 5, 10).

### 3.6.3 verschil in klachtbehandeling?

Het is van belang na te gaan of er verschil is tussen de mogelijkheid om een klacht in te dienen over reguliere artsen of CAM artsen (Introductiedossier, 24-25).

## 3.7 het recht op medezeggenschap en goed bestuur

De positie van cliëntenraden wordt versterkt, onder meer door meer invloed op de samenstelling en de besteding van hun eigen budget en een verzaamd adviesrecht bij fusies.

### 3.7.1 eerlijk en integraal

Goed bestuur vraagt minstens eerlijke en integrale overweging van effectiviteit en efficiency. CAM is patiëntgericht, veilig, effectief en kostenbesparend. Er zijn vele tientallen economische evaluaties gepubliceerd. In meer dan de helft van de gevallen was sprake van lagere kosten voor CAM in vergelijking met reguliere zorg. In deze publicaties worden ook geen iatrogene ziekten – veroorzaakt door medische handelingen – genoemd (Complementaire Geneeskunde, 6, 10, 14).

**Scheidslijnen** tussen regulier en complementair blijken steeds meer het belang van de patiënt en de kwaliteit van de gezondheidszorg in de weg te staan. Gesteund door *kentheoretische/wetenschappelijk overwegingen en een internationaal (mondiaal) gezondheidsbeleid* is **integratie** van het beste van reguliere en complementaire geneeskunde de **enige duurzame oplossing** die effectief en kosteneffectief is.