

Complementaire Geneeskunde (CAM)

effectief, veilig en patiëntgericht

De betekenis van
complementaire geneeskunde
in Nederland



Inhoudsopgave

Inhoud & Voorwoord	2
Samenvatting	2
Inleiding	3
CAM (Complementary and Alternative Medicine)	3
De opkomst van CAM	4
Gezondheidszorg staat op een keerpunt	4
CAM: veilig	4
CAM: effectief	5
CAM en de patiënt	5
CAM: kosteneffectief	6
CAM-onderzoek	6
Tot slot	7
Aantekeningen	7
Bijlage 1. Effectiviteitsonderzoeken m.b.t. CAM	12
Bijlage 2. Kosten-effectiviteitsonderzoeken m.b.t. CAM	14
Colofon	15

Voorwoord

In 2008 staat er een aantal belangrijke besluiten over complementaire geneeskunde op de politieke agenda. Complementaire geneeskunde is een medische behandelingsmethode die internationaal wordt aangeduid als CAM: Complementary and Alternative Medicine. Een van de zaken die komend jaar actueel worden, is de herregistratie in het kader van de wet BIG. Een ander actueel punt komend jaar is de discussie of CAM-artsen BTW-plichtig worden in het kader van het Belastingplan 2009. In de aanloop naar deze en andere onderwerpen is gebleken dat er in bestuurlijke en politieke kringen onvoldoende kennis bestaat over CAM-geneeskunde in zijn algemeenheid. Over de kwaliteitssystemen die CAM-artsenorganisaties hanteren of over onderzoeksresultaten in de CAM-geneeskunde is in bestuurlijke en politieke kringen evenmin veel bekend. Bovendien werd duidelijk dat er nauwelijks een consistent, nationaal beleid voor CAM wordt ontwikkeld, geënt op actuele ontwikkelingen in binnen en buitenland. De KNMG is door de minister gevraagd de belangen van alle artsen in Nederland te behartigen, dus ook van CAM-artsen. Echter, onder de leden van de KNMG zijn de meningen verdeeld: naast de beoefenaars, sympathisanten en gedogers is er ook een kleine actieve groep bestrijders van CAM-geneeskunde. Hierdoor wordt de belangenbehartiging van CAM-artsen door de KNMG bemoeilijkt. Desondanks hebben vertegenwoordigers van de KNMG en CAM artsenorganisaties de laatste jaren intensief samengewerkt en al veel bereikt.

Aanvullend daaraan achten de gezamenlijke CAM-artsenverenigingen het van belang om in dit positionpaper een actuele stand van zaken te geven over CAM uitgevoerd door artsen. Op die manier kunnen bestuurders, politici en andere betrokkenen hun huidige en toekomstige besluitvorming baseren op actuele en accurate informatie over complementaire geneeskunde

Dit positionpaper is geschreven namens zes CAM-verenigingen¹, te weten:

- Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde, ABNG-2000
- Artsenvereniging voor Homeopathie VHAN
- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging, NAAV
- Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraaltherapie en Regulatietherapie, NVNR
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen, NVAA
- Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde, NVOMG

Het positionpaper is geschreven in nauwe samenwerking en overleg met een groot aantal patiëntenverenigingen die zijn verenigd in het Patiëntenplatform Complementaire Gezondheidszorg (PPCG), werkend onder de vlag van de NPCF².

©2008,
Drs. W.J.G.M. Verest
beleidsmedewerker Samenwerkende CAM-artsenverenigingen

1. Inleiding

Burgers worden steeds meer gestimuleerd om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leven en keuzes. Zelfbeschikking en zelfbepaling zijn rechten waarop ze steeds meer aanspraak maken. Dat geldt ook als het gezondheid en gezondheidszorg betreft. Mensen kiezen voor een bepaalde behandeling die voor hen het beste resultaat geeft of het best bij hun levensstijl past. Vaak wordt deze keuze gemaakt na gedegen informatie-inwinning. Mensen willen de vrijheid hebben om mee te beslissen over hun behandeling. De vraag of een behandeling ingedeeld wordt in de reguliere geneeskunde of in de complementaire geneeskunde is voor patiënten vaak van minder belang. Scheidslijnen blijken steeds meer het belang van de patiënt en de kwaliteit

van gezondheidszorg in de weg te staan. CAM-artsen pleiten daarom voor een integrale geneeskunde. Integratie van complementaire en reguliere geneeskunde is een benadering die we niet alleen terugvinden in de behoefte van de patiënt of in het pleidooi van de CAM-artsen. We zien ook dat het in toenemende mate een rol speelt in het internationale volksgezondheidsbeleid. De Europese Unie bijvoorbeeld, streeft in haar actieprogramma gezondheidszorg 2008 – 2013 naar:

- Het verbeteren van de gezondheidsbescherming van de burgers, met aandacht voor preventie;
- Het bevorderen van gezondheid;
- Het genereren en verspreiden van informatie en kennis over gezondheid.

en voegt daar aan toe: "In het programma moet het belang worden erkend

van een holistische en pluralistische benadering van de volksgezondheid en moet er, zo nodig en waar wetenschappelijke of klinische bewijzen aanwezig zijn van de doelmatigheid, rekening worden gehouden met complementaire en alternatieve geneeskunde"³. In het hierna volgende zullen we de huidige positie van CAM weergeven zoals die door artsen wordt uitgevoerd. Kort samengevat is CAM uitgevoerd door artsen:

- een medisch effectieve vorm van geïntegreerde geneeskunde;
- een behandelingsmethode die het beste van beide werelden kan verenigen, omdat artsen die CAM toepassen, regulier zijn opgeleid en een of meerdere CAM-specialisaties hebben gevolgd;
- een efficiënte en kosteneffectieve vorm van geneeskunde.

2. CAM (Complementary and Alternative Medicine)

Complementaire geneeskunde wordt internationaal aangeduid als Complementary and Alternative Medicine (CAM) en in het vervolg van dit betoog zullen we deze term (CAM) dan ook hanteren. CAM is de wereldwijd gebruikte term om: *gezondheidssystemen, gezondheidswijzen en gezondheidspraktijken en de daaraan gekoppelde theorieën en overtuigingen aan te duiden, die afwijken van de intrinsiek politiek dominante gezondheidssystemen van een bepaalde samenleving of cultuur in een gegeven historische periode*⁴.

CAM is systeemgeoriënteerde geneeskunde; het richt zich niet op een (ziek) onderdeel van het lichaam, maar op het gehele lichaam:

- Volgens de reguliere geneeskunde is ziekte een afwijking van een afzonderlijk orgaan.
- Volgens CAM-geneeskunde is ziekte een afwijking van het organisme: het systeem dat de organen met elkaar verbindt.

CAM betekent een toevoeging/uitbreiding van de reguliere geneeskunde, vooral bij de behandeling van steeds complexer wordende gezondheidsvragen. De gedachte dat CAM-artsen algemeen medische inzichten verlaten en hun toevlucht nemen tot onbegrijpelijke vormen van diagnostiek en behandeling is een hardnekkig misverstand. Elke arts die CAM verricht, heeft een reguliere medische opleiding gevolgd en volgt reguliere nascholing. De leden van de artsenverenigingen door wie dit document is geschreven, stellen dit als eis aan hun registerleden, naast de voorwaarde dat zij BIG-geregistreerd arts zijn.

De behandelingen die beschouwd worden als CAM zijn aan verandering onderhevig; behandelingen die bewezen veilig en effectief zijn, worden in sommige gevallen overgenomen door de

reguliere geneeskunde. Ook komen er steeds nieuwe benaderingen bij in de gezondheidszorg⁵.

Kort gezegd staat CAM voor:

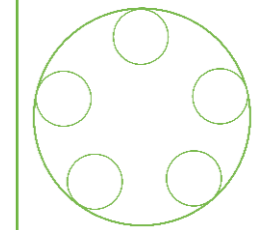
- Het effectief bevorderen van gezondheid naast het voorkomen en het bestrijden van ziekte, in lijn met de gezondheidspolitiek van de Europese Unie;
- Alle hoofdstromingen binnen CAM benaderen ziekte in de eerste plaats door het ondersteunen en het op gang brengen van het zelfgenezend vermogen van het individu. Als herstel op basis hiervan kan optreden, dan is de kans op schadelijke bijwerkingen en de noodzaak tot dure interventies met soms aanzienlijk risico een stuk kleiner.
- Het ondersteunen van de eigen verantwoordelijkheid en de zelfbeschikking van de patiënt;
- Veilige behandeling, zo goed als vrij van bijwerkingen en derhalve met veel minder iatrogene ziekte en sterfte in vergelijking met medicijnen uit de reguliere geneeskunde;
- Vermindering in de behoefte aan en vermindering van de langetermijnafhankelijkheid van medicijnen uit de reguliere geneeskunde;
- Vermindering van de behoefte aan antibiotica en daardoor verminderd probleem van microbiële resistentie;
- Hoge patiëntensatisfactie, toename van de kwaliteit van leven, vermindering van arbeidsverzuim en toename van de arbeidsparticipatie;
- Veelal lage kosten van de behandeling.

De Westerse reguliere geneeskunde heeft in de loop der jaren een heleboel goeds gebracht, vooral op het terrein van acute interventies, hart- en vaatziekten en oncologie. Tegelijkertijd wordt de gezondheidszorg in toenemende mate geconfronteerd met ontwikkelingen die een kritische blik

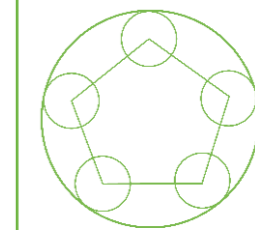
Ziekte op twee manieren bekeken*:

Ziekte is een afwijking van:

- Afzonderlijke organen. Dit is het 'regulier' medisch beeld.



- Het organisme: het systeem dat de organen met elkaar verbindt. Dit is het 'complementair' medisch beeld.



rechtvaardigen⁶. Patiënten, maar ook artsen, beleidsmakers en politici, raken in toenemende mate verontrust over de bijwerkingen en toxiciteit van veel medicijnen. In feite vormen ze een belangrijke oorzaak van sterfte en ziekenhuisopnamen. Daarnaast ervaart de reguliere geneeskunde de grenzen van zijn kunnen bij chronische aandoeningen. Vaak lukt het niet om patiënten met dergelijke aandoeningen een adequate klinisch effectieve behandeling aan te bieden⁷. De grotere toegang tot gezondheidsinformatie maakt dat burgers zich meer verantwoordelijk voelen voor hun eigen gezondheid en zelf - bij meerdere behandelaars - op zoek gaan naar antwoorden op hun gezondheidsvragen. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat de verhoudingen binnen de gezondheidszorg schuiven.

Samenvatting

CAM (complementaire geneeskunde) is niet een alternatief voor, maar een uitbreiding van de reguliere (conventionele) geneeskunde. De gedachte dat CAM-artsen algemeen medische inzichten verlaten en hun toevlucht nemen tot onbegrijpelijke vormen van diagnostiek en behandeling is een hardnekkig misverstand. CAM is veilig, effectief, kostenbesparend en patiëntgericht (zie paragraaf 5-8). De Europese Unie acht het van belang dat CAM een belangrijke bijdrage vormt in een pluriforme benadering van de volksgezondheid (zie inleiding).

CAM is onderdeel van het volksgezondheidszorgbeleid van de Europese Unie en van de WHO (paragraaf 3-4). CAM heeft desondanks nog geen duidelijke positie in de Nederlandse wet- en regelgeving door onbekendheid bij bestuurders, politici en een deel van de reguliere artsen. De overheid heeft tot taak de belangen van de burger te beschermen. Voor de gezondheidszorg betekent het daarom dat de overheid hoeder dient te zijn van pluralisme in de geneeskunde, zodat burgers een hoge mate van keuzevrijheid hebben in verantwoorde behandeling van hun aandoeningen.

CAM is vooral effectief bij chronische, individuele d.w.z. niet-overdraagbare aandoeningen. Dit is het indicatiegebied waar reguliere behandelingen niet altijd het gewenste resultaat opleveren.

Dit positionpaper verheldert één en ander en roept op tot overleg, om te komen tot een duidelijke positie van CAM-geneeskunde en CAM-artsen in Nederland

3. De opkomst van CAM

CAM neemt in populariteit toe. Verschillende cijfers ondersteunen deze waarneming:

Europa

- 65 % van de Europese bevolking meldt ervaring te hebben met deze vorm van geneeskunde⁸;
- 30-50% van de Europese bevolking gebruikt CAM als een vorm van zelfmedicatie;
- 10-20% van de Europese bevolking heeft het afgelopen jaar een CAM-arts/behandelaar bezocht (in patiëntenpopulaties kunnen deze percentages flink hoger uitvallen);

Nederland

- Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft becijferd dat in Nederland jaarlijks ongeveer 1,5 miljoen mensen gebruik maken van complementaire zorg: 7,2% van de Nederlandse bevolking had in 2004 contact met een complementair behandelaar. Als we hier de huisarts bijrekenen die ook complementaire behandelingen aanbiedt, is dat percentage 11%⁹. Steeds meer reguliere artsen verwijzen hun patiënten naar CAM-artsen en zijn

van mening dat de behandelingen van CAM-artsen zinvol en deugdelijk zijn¹⁰. Ook praktiseren ze zelf steeds vaker een van de meer gangbare vormen van CAM.

Deze toename van CAM bracht een toenemend aantal artsen van de verschillende CAM-richtingen ertoe zich aan te sluiten bij professionele CAM-artsenverenigingen met, naast eisen voor reguliere opleiding en nascholing, eigen additionele opleiding en nascholing. In Nederland zijn ruim 1200 artsen lid van een van de verenigingen van complementaire geneeskunde die onderhavig document hebben opgesteld. In Nederland is sprake van een grote diversiteit van aangesloten artsen: veel huisartsen die in hun praktijk met een vorm van CAM hun behandelingsarsenaal completeren, verschillende specialisten die gebruik maken van CAM naast of in samenhang met hun reguliere specialisatie, maar ook een grote groep artsen die een uitsluitend consultatieve CAM-praktijk heeft. In de Europese Unie zijn er naar schatting 150.000 artsen die een opleiding

hebben gevolgd in een bepaalde CAM-therapie. Per CAM-richting komen de deelnemersaantallen overeen met reguliere medische specialisaties (80.000 in acupunctuur, 40.000 in homeopathie en 30.000 in antroposofie, manuele geneeskunde, natuurgeneeskunde en andere CAM-therapieën; ter vergelijking: er zijn 15.000 neurologen, 18.000 KNO-artsen, 25.000 oogartsen en 50.000 algemeen chirurgen in de Europese Unie). In verschillende Europese landen werken sommige van hen in reguliere ziekenhuizen, inclusief universitair medische opleidingscentra.

Ook al is CAM enorm gegroeid, de wettelijke en beleidsmatige positie wisselt sterk in de verschillende Europese landen¹¹. Zowel het Europese parlement, als de Raad van Europa en de Wereldgezondheidsorganisatie hebben resoluties aangenomen waarin lidstaten wordt opgeroepen om op het gebied van CAM een nationaal beleid te voeren. Nederland heeft daar tot nu toe nauwelijks gehoor aan gegeven.

4. Gezondheidszorg staat op een keerpunt

Zoals hierboven al aangegeven, is er in de professionele gezondheidszorg, sprake van twee verschillende denkbeelden over ziekte en gezondheid¹²:

1. enerzijds is er de biomedische of wetenschappelijk reductionistische visie op ziekte en gezondheid. Ziekte wordt in deze visie gezien als een stoornis in biochemische processen, lokale weefselbeschadigingen en effecten van specifieke pathogenen; herstel komt in deze visie voort uit reparatie, neutralisatie en normalisatie;
2. anderzijds is er de holistische visie van CAM. In deze visie speelt het zelfhelend vermogen van het organisme een centrale rol. In het lichaam speelt zich een complexe wisselwerking af tussen verschillende factoren: biochemische factoren, omgevingsfactoren, psychologische factoren, sociale, mentale en spirituele factoren.

Beide benaderingen hebben sterke kanten en zwakkere kanten. Biomedische gezondheidszorg is meer geschikt voor acute interventies, behandeling van serieuze traumata en levensbedreigende situaties met locale, irreversibele weefselbeschadigingen of omstandigheden waarin medische technologie is vereist.

5. CAM: veilig

CAM-behandelingen door artsen zijn in eerste instantie gebaseerd op een medische - reguliere - diagnose. Vervolgens wordt een CAM-behandeling toegepast indien die bewezen effectief is.

Een duurdere, meer invasieve en potentieel meer toxische reguliere behandeling kan als tweede optie achter

CAM is meer geschikt voor het herstel van het natuurlijke systeem van de patiënt, om zich te wapenen tegen ziekte en om gezondheid in stand te houden met behulp van natuurlijke medicijnen, aanpassing van de levensstijl, dieet, andere regulerende interventies en gezondheidspsychologische benaderingen. In die zin vullen beide benaderingen elkaar goed aan.

Volgens de World Health Organisation (WHO) zijn in Europa de belangrijkste oorzaken van mortaliteit en morbiditeit als gevolg van niet-overdraagbare aandoeningen:

- hart- en vaatziekten,
- neuropsychiatrische stoornissen, kanker,
- spijsverteringsaandoeningen,
- ademhalingsaandoeningen,
- aandoeningen van de zintuigen,
- musculoskeletale aandoeningen en diabetes mellitus.

Als belangrijkste risicofactoren worden genoemd:

- tabak,
- alcohol,
- hoge bloeddruk,
- hoog cholesterolgehalte,

de hand worden gehouden. Dit is in overeenstemming met het medisch basisprincipe, afkomstig van Hippocrates, 'Primum non nocere' oftewel "allereerst: breng geen schade toe".

Wanneer CAM op een geëigende wijze wordt voorgeschreven en gebruikt, zijn

- overgewicht,
- geringe consumptie van fruit en groente en een gebrek aan lichaamsbeweging¹³.

De WHO concludeert op basis hiervan dat het door haar geformuleerde programma moet bijdragen tot meer kennis van en voorlichting over voorkoming, diagnose en beheersing van deze belangrijke ziekten.

De Europese Unie gaat de komende jaren een programma uitvoeren dat als doel heeft het aantal gezonde levensjaren van haar burgers te laten toenemen; zij gaat dit doen door een gezonde(re) levenswijze te promoten en maatregelen door te voeren die bijdragen aan het voorkomen van ziekten.

Deze maatregelen moeten bijdragen het verdrag van Lissabon te realiseren. Dit verdrag pleit voor de (verdere) ontwikkeling van de kennismaatschappij. De stijgende kosten van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid zetten de beheersbaarheid van overheidsfinanciën en mede daardoor het Verdrag van Lissabon, onder druk¹⁴. In dit licht biedt CAM een goed alternatief: het is veilig, effectief en goedkoop. En dus bij uitstek gericht om bij te dragen aan de Europese doelstellingen.

de risico's te verwaarlozen.

CAM-behandelingen kunnen dan ook helpen om afhankelijkheid van medicijnen op lange termijn te voorkomen en om de enorme last van ziekte en sterfte ten gevolge van de bijwerkingen van regulier voorgeschreven medicijnen, te reduceren¹⁵.

Als we kijken naar de risico's bij CAM, dan kunnen we constateren dat die variëren per CAM-therapie:

- Bij acupunctuur en neuuraaltherapie kunnen complicaties worden vermeden bij juist gebruik volgens de basisstandaard van goede praktijkvoering¹⁶; gevolgen van bijvoorbeeld foutieve naaldinbreng komen nauwelijks voor.
- Homeopathische en antroposofische medicijnen zijn veilig¹⁷.
- Fytotherapeutica kunnen, ofschoon vele fytotherapeutica goede veiligheidsprofielen hebben, soms meer risico geven op bijwerkingen en interacties dan andere CAM-therapieën¹⁸, echter veel minder vaak dan het reguliere behandelingsequivalent: veilig wanneer juist gebruikt en onder begeleiding van een professional.
- Manuele geneeskunde blijkt zeer effectief en met weinig complicaties bij de behandeling van het houding- en bewegingsapparaat¹⁹.

Onder risico's worden natuurlijk ook verstaan: de schadelijke gevolgen van CAM-gebruik in niet-gecertificeerde praktijken en/of door ongekwalificeerde behandelaars: hetzij omdat ze niet (goed) zijn opgeleid, hetzij omdat de professionele ethische code wordt

6. CAM: effectief

CAM-behandelingen zijn niet alleen veilig, ze zijn ook effectief: de laatste decennia is er een toenemende hoeveelheid onderzoek gepubliceerd dat de effectiviteit van CAM-behandelingen aantoonde.

Deze publicaties stonden in peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften en gingen vooral over homeopathie, acupunctuur, fytotherapie en antro-

7. CAM en de patiënt

De burger heeft het wettelijk verankerde recht op zelfbeschikking. 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.

CAM-artsen beogen bij hun patiënten niet alleen de afwezigheid van ziektesymptomen te bereiken, maar ook een optimale gezondheid. Met dat als uitgangspunt zijn CAM-artsen gericht op samenwerking met andere medische disciplines. Deze benadering is volledig in lijn met het doel van de Health and Consumer Protection Programme 2008-2013 van de Europese Unie; een beleid dat gericht is op de bevordering van gezondheid en een gezondere manier van leven. Het is dan ook niet voor niets dat de WHO 'gezondheid' niet al-

geneeerd. Maar ook kunnen schadelijke effecten optreden wanneer CAM-behandelaars niet stilstaan bij de mogelijke interacties van de CAM-behandeling met reguliere therapie of wanneer de CAM-behandelaar geen juiste afweging maakt tussen de indicatie voor CAM-behandeling versus indicatie voor reguliere behandeling.

Dat is dan ook de reden dat in 2006 de Europese koepels van CAM-artsenverenigingen (waarbij in totaal ruim 130 CAM-artsenverenigingen zijn aangesloten)²⁰ richtlijnen hebben opgesteld waaraan elke aangesloten CAM-arts zich moet houden. Uitgangspunt²¹ van deze richtlijnen wordt gevormd door maatregelen betreffende medische artsenpraktijken die zijn gebaseerd op competent en betrouwbaar wetenschappelijk onderzoek. Deze richtlijnen bevatten onder andere:

1. richtlijnen betreffende de evaluatie van de patiënt: gedegen (reguliere) anamnese en onderzoek, eventueel aangevuld met aanvullende CAM-diagnostiek, informeren van de patiënt over welke opties van reguliere en CAM-behandeling gebaseerd op anamnese en onderzoek en mogelijke bijwerkingen, goede documentatie van alle afspraken, informed consent-verslaglegging.

2. richtlijnen voor het behandelplan; goed gedocumenteerd met daarin een correcte resultaatverwachting en risico-analyse, behandeling moet zijn gebaseerd op een positieve resultaatverwachting en deze resultaatverwachting moet hoger zijn wanneer er geen behandeling zou plaatshebben.

3. richtlijnen voor consultatie van en verwijzing naar andere behandelaars

4. richtlijnen voor correcte statusvoering (anamnese, onderzoeksuitslagen, consulten, behandeldoelen, resultaatverwachting/risico-analyse, correcte informed-consent-documentatie, behandelingen, medicatie, instructies en overeenstemmingen, periodieke evaluaties, de verwachtingen van de patiënt aangaande de behandeling (indien mogelijk)

5. richtlijnen betreffende kwaliteitsystemen: opleiding en training, registratie, voortdurende professionele ontwikkeling (nascholing), gedragscode en een klachtenregeling

6. ethische en professionele verantwoordelijkheden betreffende klinisch onderzoek.

sosofische geneeskunde. Deze onderzoeken waren zeer divers; basaal wetenschappelijke studies naar behandelingsmechanismen, gerandomiseerd gecontroleerde klinische onderzoeken bij mensen en dieren, kosteneffectiviteitsstudies en gezondheidszorgonderzoek²².

Er is een toenemende hoeveelheid klinisch bewijs voor de effectiviteit van

sommige van de meer bekende CAM-therapieën.

Verschillende langetermijneffectstudies hebben laten zien dat m.n. homeopathie, acupunctuur en antroposofische geneeskunde minstens zo effectief kunnen zijn als reguliere zorg²³, met minder bijwerkingen en een hogere patiëntensatisfactie²⁴.

dat langzaam in brede kring het inzicht doordringt dat er een directe relatie en interactie is tussen lichaam en geest. Artsen erkennen steeds meer dat de kwaliteit van leven van de patiënt een doel van hun handelen moet worden; ze gebruiken het begrip in de praktijk echter nog nauwelijks.

De op het individu georiënteerde CAM-geneeskunde sluit naadloos aan op de inzichten van deze twee hoogleraren. Roukema en De Vries pleiten er vurig voor bij de benadering en de behandeling van de patiënt rekening te houden met diens persoonlijkheid en leefomstandigheden. Zij zijn er van overtuigd dat daardoor de effectiviteit van de behandeling zal toenemen²⁶. Deze inzichten van de hoogleraren spelen echter tot op heden een ondergeschikte rol in medisch beleid en in beslissingen. Om kwaliteit van leven meer centraal te stellen is een omslag in het denken in de gezondheidszorg nodig.

8. CAM: kosteneffectief

Er zijn aandoeningen bekend waarbij een CAM-behandeling een aanzienlijke kostenbesparing oplevert ten opzichte van een reguliere behandeling. Ook komt het voor dat een CAM-behandeling bijkomende voordelen voor patiënten oplevert, op een voordelige manier²⁷.

Tot 2004 zijn er meer dan 50 economische evaluaties gepubliceerd en in ruim de helft van de gevallen was er sprake van lagere kosten voor CAM in vergelijking met reguliere zorg. In tegenstelling tot regulier voorgeschre-

ven medicijnen, zijn homeopathische en antroposofische geneesmiddelen generieke, niet-gepatenteerde en niet-patenteerbare medicinale substanties, geproduceerd tegen relatief lage kosten. Bovendien, in geen van die publicaties was er een verband tussen deze medicinale substanties en kosten voor iatrogene ziekten, ziekten veroorzaakt door medische handelingen.

Verscheidende onderzoeken wezen uit dat patiënten die werden behandeld met homeopathie, acupunctuur of antroposofische geneeskunde, minder

medicijnen gebruikten, een betere gezondheid hadden, minder dagen ziekteverzuim kenden en sneller weer aan het werk waren.

In 2006 heeft een groep onderzoekers uit Duitsland en Zwitserland in het kader van het door de Zwitserse overheid ingestelde Programma ter evaluatie van complementaire geneeskunde (PEK) een systematisch literatuuronderzoek gedaan naar de kosten van CAM. De conclusie van dit onderzoek was: de kosten voor een CAM-behandeling zijn lager in vergelijking met een vergelijkbare reguliere behandeling²⁸.

9. CAM-onderzoek

Er is al veel onderzoek naar CAM gedaan wereldwijd (zie bijlage 1 en bijlage 2). Helaas blijft Nederland achter op het gebied van CAM-onderzoek. Dit heeft te maken met het feit dat onderzoek naar CAM wordt bemoeilijkt door het ontbreken van een goede onderzoeksinfrastructuur, weinig tot geen financiering, een gebrek aan onderzoeksexpertise onder CAM-behandelaars en door de sceptische houding van de reguliere wetenschappelijke gemeenschap²⁹.

Er bestaat een grote ongelijkheid tussen publieke fondsen voor regulier medicijnenonderzoek en die voor CAM-onderzoek. Onderzoeksfondsen vanuit de industrie zijn moeilijk te genereren: er zijn immers geen grote winsten te behalen met onderzoeksinvesteringen in CAM-preparaten, omdat bijvoorbeeld homeopathische- en kruidenpreparaten generiek zijn en niet gepatenteerd kunnen worden. De bedragen die in Amerika of Engeland worden gereserveerd voor CAM onderzoek zijn honderden malen groter dan in Nederland, waardoor ze kunnen concurreren met die voor regulier onderzoek (en dit roept de vraag op waarom het daar wel kan en hier niet).

In 2003 hebben Brands (University of Liverpool, Primary Care) en Jong (VSM) het rapport "Plan en Methode: inventarisatie van onderzoek complementaire geneeswijzen in Nederland" gepubliceerd. In dit rapport wordt een knelpuntenanalyse gemaakt van onderzoek naar complementaire geneeswijzen in Nederland. Het rapport concludeert dat er sprake is van:

1. Eilandvorming tussen beroepsverenigingen van complementaire behandelwijzen en isolatie van hen ten opzichte van universitaire instituten;
2. Ontbreken van een netwerk van geschoolde onderzoekers op het gebied van complementaire behandelwijzen met klinische ervaring;
3. Ontbreken van een structureel programma voor financiering en implementatie van onderzoek.

Op grond van deze analyse deden de auteurs de volgende aanbevelingen voor het realiseren van onderzoek naar complementaire behandelwijzen in Nederland:

1. Koppelen van de ervaring van behandelaren uit de klinische praktijk aan systematisch, 'evidence based' onderzoek;
2. Opleiden van een groep behandelaren met eerstgenoemde koppeling als richtsnoer;
3. Verbinden van een onderzoeksprogramma met academische instituten via een meerjaren plan voor projecten;
4. Vormen van een stuurgroep van onderzoekers die als interface tussen veld en instituten kan functioneren³⁰.

Voor de realisatie van een onderzoeksinfrastructuur in Nederland is een eerste belangrijke stap gezet in maart 2005. In opdracht van het ministerie van VWS is toen een plan van aanpak opgesteld bij ZON-MW. Dit plan diende ertoe de wetenschappelijke kwaliteit van onderzoek naar complementaire behandelwijzen in Nederland te bevorderen.

De activiteiten uit dit plan richtten zich op de scholing van onderzoekers, het in kaart brengen van patiëntprofielen en het uitvoeren van pilotstudy's. Nadat in de voorbije tijd onderzoekers werden geschoold, lopen nu, in 2008, de eerste pilotstudies.

Het is van groot belang voor de toekomst van CAM-onderzoek in Nederland dat de resultaten van de pilotstudy's de weg bereiden voor nieuw onderzoek en dat nieuw onderzoek is ingebed in het programma van een onderzoeksinstituut of universiteit en dat het bijvoorbeeld in de vorm van promotie-onderzoek wordt gefinancierd en uitgevoerd. Tevens is het belangrijk om te onderzoeken op welke wijze complementaire behandelwijzen kunnen aansluiten op onderzoek in de huisartsgeneeskunde en de eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen.

Uit het plan van aanpak van Zon-MW blijkt dat er voornamelijk behoefte is bij CAM-artsen naar onderzoek die tot

methodeverbetering leidt en die patiënttevredenheid en kosteneffectiviteit in kaart brengen.

Vanuit de reguliere geneeskunde groeit het belang van evidence based geneeskunde. Dit biedt nieuwe mogelijkheden voor CAM-onderzoek³¹. Zo ontstaat er een toenemende belangstelling voor de ontwikkeling van onderzoeksmethoden die zowel aan de vereisten van CAM onderzoek als aan die van evidence-based medicine (EBM) beantwoorden.

Deze methoden dienen de holistische benadering en de op het individu afgestemde behandelingsfilosofie te respecteren.

Een methode die voor dat doel geschikt lijkt, is het zogeheten N=1 onderzoek: een gecontroleerd onderzoek bij één individuele patiënt die de effecten van een bepaalde behandeling inzichtelijk maakt.

Deze methode heeft een lange traditie in psychologisch onderzoek en wordt ook gebruikt in de reguliere geneeskundige onderzoekspraktijk om behandelingsinformatie te verkrijgen daar waar bewijs van gerandomiseerde klinische onderzoek (RCT) niet beschikbaar of toepasbaar is³².

10. Tot Slot

De houding van de burger tegenover gezondheid verandert en wordt anno 2008 gekenmerkt door:

- een toenemende voorkeur voor natuurlijke behandelmethoden en natuurlijke middelen boven chemische medicijnen;
- vaker een holistische visie op gezondheid;
- grotere behoefte aan zelfbeschikking, minder vanzelfsprekende acceptatie van de medische autoriteit.

Indien Nederland als lid van de Europese Unie een hoge standaard wil blijven handhaven m.b.t. de kwaliteit van gezondheidszorg en die niet alleen is gericht op technologische en farmaceutische verbetering, dan is een effectief, veilig, patiënt-georiënteerd systeem van gezondheidszorg nodig. Aanvullende therapieën toevoegen aan het huidige zorgsysteem zal niet voldoende zijn. Juist de integratie van geïndividualiseerde methoden in het huidige systeem van gezondheids-

zorg, zal gezondheidszorgverbetering geven.

Zowel vanuit het perspectief van kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg als vanwege kosteneffectiviteit is het van groot belang dat CAM de plaats krijgt die het verdient en dat de arts die CAM toe past, zijn volwaardige plek in het BIG-register behoudt: deze arts is regulier opgeleid en is additioneel gespecialiseerd. Wij pleiten er daarom voor om de huidige constitutionele registratie voor artsen die CAM toepassen, in het BIG-register niet alleen te handhaven, maar ook uit te breiden met een specifieke vermelding van hun CAM-specialisatie³³.

Het moge duidelijk zijn dat CAM van groot belang is en dat (voortbordurend op artikel 2 van het tweede communautair actieprogramma op het gebied van gezondheid (2008-2013) van de Europese Raad en het Europese parlement) reguliere en niet-reguliere

geneeskunde moeten samenwerken in het belang van de patiënt om de volgende doelstellingen te behalen:

- Het verbeteren van de gezondheidsbescherming van de burgers, waarbij wordt gedacht aan acties die, waar nodig, de preventie van belangrijke ziekten ondersteunen en bijdragen tot het verminderen van de frequentie ervan, alsmede van de morbiditeit en de mortaliteit die erdoor wordt veroorzaakt.
- Het bevorderen van de gezondheid, onder meer door het verminderen van ongelijkheden op gezondheidsgebied
- Het genereren en verspreiden van informatie en kennis over gezondheid³⁴.

Juni 2008
Wim Verest

Aantekeningen

¹ De Samenwerkende CAM-Artsenverenigingen bestaan uit:

Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde, ABNG-2000.

De natuurgeneeskunde ziet de mens als onderdeel van de natuur: zoals hij functioneert in wisselwerking met zijn milieu. Volgens de natuurgeneeskunde ontstaat ziekte doordat iemand niet in evenwicht leeft. Als de balans niet hersteld wordt, zal dat zich op den duur uiteten in geestelijke en lichamelijke klachten. Ziektesymptomen zijn het onvermijdelijke protest van het lichaam. Als deze symptomen uiteindelijk lichamelijke schade opleveren, is er sprake van ziekte. Lichaam en geest zijn niet te scheiden; zij werken voortdurend op elkaar in. De basis van de natuurgeneeskunde is het lichaam te bevrijden van ballaststoffen en psychische lasten. Behandeling vindt plaats met onder meer voeding, vitamines en andere supplementen, beweging, ademtherapie, bioritme adviezen, vasten en ontslakken, bewustwording, zelfontplooiing, massages, kruidengeneeskunde, darmspoeling, hydrotherapie.

Zie voor meer informatie: www.abng.nl

Artsenvereniging voor Homeopathie, VHAN.

Homeopathie is een natuurlijke en wetenschappelijke geneeswijze. De grondlegger ervan is Samuel Hahnemann (1755-1843). Het doel van een homeopathische behandeling is het stimuleren van het zelfherstellend vermogen, volgens het similia principe: een stof die bepaalde symptomen kan opwekken, kan in gepotentieerde vorm (= verdund en geschud) dezelfde soort verschijnselen genezen. Homeopathische artsen behandelen diverse klachten en ziekten waaronder chronische aandoeningen zoals allergieën, eczeem, pijnklachten en psychische problemen.

Zie voor meer informatie: www.vhan.nl

Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging, NAAV.

Acupunctuur is van oorsprong een onderdeel van de traditionele Chinese geneeskunde (TCM) en wordt al enige millennia toegepast. Het is gebaseerd op de Chinese functionele, waarbij het uitgangspunt is dat lichaam en geest elkaar beïnvloeden. Ook in Nederland hebben acupunctuurbehandelingen al jaren een plek in de gezondheidszorg. In acute en ernstige situaties kan de reguliere geneeskunde prevaleren boven de complementaire methodieken, maar bij chronische ziekten kunnen op den duur de bijwerkingen van de chemische behandelingen een grote rol gaan spelen. Bij acupunctuur is dat nadelige effect er niet. In de opvatting van de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV) is acupunctuur een aanvulling op de reguliere geneeskunde. Acupunctuur kan de natuurlijke weerstand vergroten, pijn wegnemen, alsook de bijwerkingen van medicamenten verminderen. Acupunctuur beïnvloedt de zelfregulatie en herstelt.

Zie voor meer informatie: www.naav.nl

Nederlandse artsenvereniging voor Neuraaltherapie en Regulatietherapie, NVNR.

Neuraaltherapie is erop gericht om via het vegetatieve of onwillekeurige zenuwstelsel de regulatie in het lichaam te herstellen en blokkades op te heffen. Dit gebeurt door middel van injecties met procaine of een ander kortwerkend plaatselijk verdovend middel. De gebroeders Ferdinand en Walter Huneke beschreven deze toepassing in 1925 als neuraaltherapie en analyseerden haar. Zij waren beiden arts en leefden in Düsseldorf, Duitsland. Het werkingsmechanisme van de neuraaltherapie laat zich als volgt verklaren. Tussen alle lichaamscellen bevindt zich het zachte bindweefsel. Alle voedings- en afvalstoffen, maar ook hormonen, afweercellen

etc. worden via dit zachte bindweefsel naar en van de cellen vervoerd. Het bindweefsel en alle processen die daarin plaatsvinden heet het Basis Bio Regulatie Systeem (BBRS). Ontstaat er in het lichaam ergens een probleem, dan zal het BBRS als eerste reageren. Een groep Weense artsen, onder leiding van professor Pischinger, toonde aan dat een prikkeling in dit systeem niet alleen ter plekke, maar ook op afstand reacties kan geven.

Zie voor meer informatie: www.nvnr.nl

Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen, NVAA.

Vanuit de antroposofische geneeskunde worden klachten, symptomen en ziekten gezien als een disharmonie tussen lichaam, ziel en geest. Ieder mens maakt een individueel ontwikkelingsproces door, waarvan ziekte een onderdeel kan zijn. Het bevorderen van dit proces, van de autonomie en de zelfregulatie van de patiënt is een centraal element van de antroposofische geneeskunde. De antroposofische geneeskunde is complementair en wijst de reguliere geneeskunde niet af. Op tal van terreinen maken antroposofische artsen bij het kiezen van therapieën, behandelingen en geneesmiddelen gebruik van het brede aanbod uit de reguliere zorg. Veel van hen zijn huisartsen. Door dit complementaire karakter van de antroposofische geneeskunde wordt het voor de patiënt mogelijk die behandeling te krijgen die het beste aansluit bij de individuele aanpak van zijn gezondheidsproblemen.

Zie voor meer informatie: www.nvaa.nl

Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde, NVOMG.

In de OrthoManuele Geneeskunde worden klachten en beperkingen aan het houdings- en bewegingsapparaat onderzocht en behandeld door middel van diverse (manipulatie) technieken. Ook injectietechnieken behoren

tot het behandelarsenaal. Het belangrijkste instrument bij de behandeling zijn de handen van de arts. Hij corrigeert met specifieke technieken de standsafwijkingen van de wervelkolom en heft de bewegingsstoornissen op. Soms schrijft hij oefeningen of medicijnen voor, soms dient hij - altijd na overleg - injecties toe. Indien nodig kan hij om aanvullend laboratoriumonderzoek, een röntgenfoto of MRI scan vragen en deze ook beoordelen.

Zie voor meer informatie: www.nvovmg.nl

Tijdens het schrijven van dit positionpaper ben ik nadrukkelijk gesteund en van advies voorzien door de voorzitters van de zes CAM-artsenverenigingen, alsmede door mijn twee collega-stuurgroepleden van de CAM-artsenverenigingen, Hetty Buitelaar en Olivia Stassen. Een aantal leden van de diverse CAM-artsenverenigingen heeft mij van de nodige input voorzien. Annette Lubbers heeft mij meer dan uitstekend geholpen in het schrijven van de uiteindelijke versie. Ron Dol van De Praktijk is verantwoordelijk voor vormgeving en drukwerk. Het moge duidelijk zijn: het is een gezamenlijk project van velen.

² De patiëntenorganisaties die in het Patiënten Platform Complementaire Geneeskunde (PPCG) samenwerken, zijn: Antroposana, Landelijke patiëntenvereniging voor antroposofische gezondheidszorg / De Astmapatiëntenvereniging (Vbba/LCP) / Koninklijke Vereniging Homeopathie Nederland (KVHN) / Moermanvereniging / MS-Anders / Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV) / Stichting Natuurlijk Welzijn / Stichting Gezond Leven.

Deze organisaties hebben samen ongeveer 100.000 leden en ± 25.000 donateurs. Door de expertise van deze lidorganisaties heeft het PPCG een belangrijke coördinerende functie binnen de complementaire zorg. Zie voor meer informatie: www.ppcg.nl.

³ Besluit Nr. 1350/2007/EG van het Europees Parlement en de Europese Raad van 23 oktober 2007 tot vaststelling van een tweede communautair actieprogramma op het gebied van gezondheid (2008-2013), L 301/5, uit: het publicatieblad van de Europese Unie, 20-11-2007;

De doelstellingen die volgens artikel 2 van dit programma worden nagestreefd, zijn:

- Het verbeteren van de gezondheidsbescherming van de burgers, waarbij wordt gedacht aan acties die, waar nodig, de preventie van belangrijke ziekten ondersteunen en bijdragen tot het verminderen van de frequentie ervan, alsmede van de morbiditeit en de mortaliteit die erdoor wordt veroorzaakt.
- Het bevorderen van de gezondheid, onder meer door het verminderen van ongelijkheden op gezondheidsgebied
- Het genereren en verspreiden van informatie en kennis over gezondheid (ibid, L 301/7).

⁴ De definitie van CAM, afkomstig van het Cochrane Instituut, geciteerd in Model Guidelines for the Practice of Complementary Therapies (CAM) by Medical Doctors in the European Union, p. 3.

⁵ National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), CAMBasics, 1, National Institutes of Health/U.S. Department of Health and Human Services, February 2007.

⁶ Een aantal zaken die een kritische blik rechtvaardigen:

- de toenemende levensverwachting van de bevolking gaat hand in hand met toenemende prevalentie van chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, kanker, diabetes en mentale stoornissen; tegelijkertijd plaatsen ook burgers steeds meer vraagtekens bij de benaderingen en veronderstellingen van de reguliere / conventionele geneeskunde voor het effectief managen van deze ziekten.

- ongerustheid van de bevolking over ziekte en sterfte met jaarlijks 1700 sterfgevallen als direct gevolg van conventioneel medisch handelen, World Health Organization (2002) Safety of Medicines. A guide to detecting and reporting adverse drug reactions: Why health professionals need to take action. WHO, Geneva, Switzerland

- zo stond er in een persbericht in de NRC van 6 maart 2008 de uitslag van een onderzoek te lezen in opdracht van de vereniging van ziekenhuisapothekers NVZA en de Orde van Medisch Specialisten, OMS: jaarlijks belanden 19.000 mensen in Nederland met spoed in het ziekenhuis wegens bijwerkingen van medicatie; de gemiddelde ligduur van die patiënten is 2x zo lang als de normale gemiddelde ziekenhuisopnameduur; hiermee is jaarlijks 85 miljoen euro gemoeid. Het gaat hierbij vooral om patiënten die anti-diabetica, bloedstollingsmedicamenten en ontstekingsremmers gebruikten, NRC, 6 maart 2008, p. 11 en: Van de gemiddeld ruim 738.000 spoedopnames per jaar in Nederland blijkt 5,6 procent gerelateerd te zijn aan het geneesmiddelengebruik; deze patiënten liggen gemiddeld 11,2 dagen in het ziekenhuis, terwijl het landelijk gemiddelde 5,6 dagen is. Bijna 7 procent van de patiënten met bijwerkingen na medicatiefouten, kwam te overlijden (ibid).

- een voortdurende stijging van kosten voor gezondheidszorg + het aantal nieuw voorgeschreven en ontwikkelde medicijnen neemt af, terwijl de budgetten voor onderzoek en ontwikkeling van medicijnen almaar stijgen.

- een toegenomen antibiotica-resistentie, tot uiting komend in het toenemend probleem van resistente ziekenhuisbacteriën, World Health Organization (2000) Antibiotic resistance: synthesis of recommendations by expert policy groups. Alliance for the Prudent Use of Antibiotics WHO/CDS/CSR/DRS/2001/10.

- (het reeds in de inleiding vermelde 5-jaren programma van de Europese Raad en het Europese Parlement spreekt van: "Microbiële resistentie tegen antibiotica en ziekenhuisinfecties wordt een steeds grotere bedreiging voor de gezondheid in Europa. Het baart grote zorgen dat er zo weinig onderzoek naar nieuwe antibiotica wordt gedaan en dat bestaande antibiotica niet goed worden gebruikt, Besluit Nr. 1350/2007/EG van het Europees Parlement en de Europese Raad van 23 oktober 2007 tot vaststelling van een tweede communautair actieprogramma op het gebied van gezondheid

(2008-2013), L 301/4, uit: het publicatieblad van de Europese Unie, 20-11-2007).

- Huisartsen schrijven vaker antibiotica voor bij mensen met luchtweginfecties dan strikt noodzakelijk is. Dat blijkt uit onderzoek van het Julius Centrum in opdracht van het College voor Zorgverzekering (CVZ). Ongeveer de helft van de recepten voor klachten aan de luchtwegen is niet volgens de richtlijnen voorgeschreven. Dat leidt tot hogere kosten en een groter risico op resistente bacteriën (ANP-bericht 19-07-2005).

⁷ het NPCF, de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie becijferde in 2004 dat er in Nederland ten gevolge van medische missers naar schatting 50.000 mensen in de WAO terecht zijn gekomen, een jaarlijkse kostenpost van 1,4 miljard euro. Het grootste deel hiervan wordt gevormd door WAO/WIA-kosten met in het ernstigste geval levenslange arbeidsongeschiktheid; NPCF, persbericht 19-02-2004 : de zorg kan beter en efficiënter"

⁸ World Health Organization (2001) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review, Geneva, Switzerland

- World Health Organization (2002) Traditional Medicine Strategy 2002-2005, Geneva, Switzerland

- Ernst E (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization, 78:252-257.

- Steinsbekk A, Adams J, Sibbritt D, Jacobsen G, Johnsen R (2007) The profiles of adults who consult alternative health practitioners and/or general practitioners. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 25:86-92.

- Harris P, Rees R (2000). The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. Complementary Therapies in Medicine, 8:88-96.

- Menniti-Ippolito F, Gargiulo L, Bologna E, Forcella E, Raschetti R (2002) Use of unconventional medicine in Italy: a nationwide survey. European Journal of Clinical Pharmacology, 58:61-64.

- Featherstone C, Godden D, Gault C, Emslie M, Took-Zozaya M (2003) Prevalence study of concurrent use of complementary and alternative medicine in patients attending primary care services in Scotland. American Journal of Public Health, 93:1080-1082.

- Wolf U, Maxion-Bergemann S, Bornhöft G, Matthiessen PF, Wolf M (2006). Use of complementary medicine in Switzerland. Forschende Komplementärmedizin, 13 Suppl 2:4-6.

- Hanssen B, Grimsgaard S, Launsø L, Fønnebo V, Falkenberg T, Rasmussen NK (2005) Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 23:57-62.

- Härtel U, Volger E (2004) Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie [Use and acceptance of classical natural and alternative

medicine in Germany- findings of a representative population-based survey] Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde, 11:327-334.

- Thomas KJ, Coleman P (2004) Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus Survey. Journal of Public Health, 26:152-157.

- Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P (2001). Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. Complementary Therapies in Medicine, 9:2-11.

- Nilsson M, Trehn G, Asplund K (2001) Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. Journal of Internal Medicine, 250: 225-233.

⁹ CBS: Statline 2005 www.cbs.nl, geciteerd in WCZ-rapport "Beleidskader Complementaire Zorg", mei 2006

¹⁰ Astin JA (1998b) A review of the incorporation of Complementary and Alternative Medicine by mainstream physicians. Archives of Internal Medicine. 158: 2303-2310.

- White AR, Resch K-L, Ernst E (1997) Complementary medicine: use and attitudes among GPs. Family practice, 14:302-306.

- Lewith GT, Hyland M, Gray SF (2001). Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. Complementary Therapies in Medicine, 9:167-172.

- van Haselen RA, Reiber U, Nickel I, Jakob A, Fisher PA (2004). Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care workers' perspective. Complementary Therapies in Medicine, 12:6-16

- Schmidt K, Jacobs PA, Barton A (2002) Cross-cultural differences in GPs' attitudes towards complementary and alternative medicine: a survey

¹¹ zie o.a. Ersdal G, Ramstad S, How are European patients safeguarded when using complementary and alternative medicine (CAM)? Jurisdiction, supervision and reimbursement status in the EEA area (EU and EFTA) and Switzerland, CAMCancerProject, 28 October 2005; available at: http://www.camcancer.org/mod_product/uploads/camcancer_legal_report_%28FINAL%29.pdf

¹² zie tabel op deze pagina.

¹³ Besluit Nr. 1350/2007/EG van het Europees Parlement en de Europese Raad van 23 oktober 2007 tot vaststelling van een tweede communautair actieprogramma op het gebied van gezondheid (2008-2013), L 301/4, uit: het publicatieblad van de Europese Unie, 20-11-2007.

¹⁴ Ibid; het proces van Lissabon is een in het jaar 2000 geformuleerde tienjarige strategie voor de Europese Unie richting economische, sociale en ecologische vernieuwing.

¹² Difference between CAM and biomedicine

Model	CAM/holistic	Biomedicine
mind-body approach	complete, adaptable, flexible, creative system	separated entities; body as an object, complex machine
emphasis	health	disease
priority	prevention	repair, neutralisation, normalisation
diagnostic focus	what made this person susceptible to disease? causes on physical, emotional, social, mental, spiritual level	what is wrong in this person and has to be fixed? localised tissue disruption, specific pathogen
treatment approach	mobilizing and stimulating regenerative capacities (vis medicatrix naturae), restoring balance to whole psychosomatic system	eradicating, neutralising or managing a physical problem, intervening in disease pathway, symptomatic, mechanistic
standardization vs individualization	individualization of care	standardization of care
short-term vs long-term	long-term focus on creating and maintaining health and well-being	offensive intervention with emphasis on short-term results
patient/physician relationship	authority and responsibility inherent in each individual, co-operative partnership, empowering	authority and responsibility inherent in physician, paternalistic, disempowering

Uit: Complementary Medicine (CAM). It's current position and its potential for European Healthcare, 8-9, ECH, ECPM, ICMART, IVAA, representing 132 medical CAM associations across Europe, march 2008

¹⁵ Zie noot 7

¹⁶ National Institutes of Health (NIH) Acupuncture. NIH Consensus Statement Online, 1997 Nov 3; 15(5):1-34.

¹⁷ Dantas F Rampes H (2000) Do homeopathic medicines provoke adverse effects? A systematic review. British Homeopathic Journal. 89, Suppl 1:35-38.

- Baars EW et al (2005) Safety of homeopathic injectables for subcutaneous administration: a documentation of the experience of prescribing practitioners. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 11:609-616.

- Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Tröger W, Willich SN, Kiene H (2006) Use and safety of anthroposophic prescriptions in chronic disease: a 2-year prospective analysis. Drug Safety, 29:1173-1189.

¹⁸ Vickers A, Zollman C (1999) ABC of complementary medicine: Herbal medicine British Medical Journal, 319: 1050-1053.

¹⁹ Zie o.a.

- UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: cost effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. BMJ 2004;329:1381.

- Korthals-de Bos IB, Hoving JL, van Tulder MW, Rutten-van Molken MP, Ader HJ, de Vet HC, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. BMJ 2003;326:911.

- Bronfort G, Haas M, Evans RL, Bouter LM. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis. Spine J 2004;4:335-56.

²⁰ Model Guidelines for the Practice of Complementary Therapies (CAM) by Medical Doctors in the European Union (2006), opgesteld door vier Europese CAM-koepels (ECH - European Committee for Homeopathy, ECPM - European Council of Doctors for Plurality in Medicine, ICMART - International Council of Medical Acupuncture and Related

Techniques en IVAA - International Federation of Anthroposophic Medical Associations, die in totaal 132 Europese CAM-artsenverenigingen vertegenwoordigen.

²¹ "The intention of the Councils of ECH, ECPM, ICMART and IVAA is to provide guidelines that are clinically and ethically appropriate. These guidelines are designed to be consistent with what official medical licensing bodies generally consider to be within the boundaries of professional practice and accepted standard of care", *ibid*, 1-2.

²² In de reguliere gezondheidszorg is het algemeen geaccepteerde onderzoeksinstrument de RCT, de Randomized Clinical Trial (dubbel blind, placebo-gecontroleerd, gerandomiseerd klinisch onderzoek). Hierbij tracht men zo goed mogelijk alle andere factoren die de uitkomst in de vergeleken groepen beïnvloeden, tegen elkaar weg te strepen, en de invloed van het placebo effect op de resultaten te neutraliseren. Het wordt gehanteerd als gouden standaard in therapeutisch onderzoek. Er kleven echter ook algemeen erkende bezwaren aan deze methode.

Een belangrijk nadeel van deze methodiek is, dat de conclusies niet zonder meer toepasbaar zijn voor de dagelijkse praktijk, waar men immers niet geblindeerd is, en waar het placebo effect zijn goede werk doet. Bovendien zijn proefpersonen in RCT's zo veel gestandaardiseerd, dat ze niet zonder meer vergelijkbaar zijn met echte patiënten. Vaak worden bijvoorbeeld mensen met meerdere ziektes buiten de onderzoekte diagnose, uitgesloten van een RCT. In de praktijk vormen deze ingewikkelde patiënten de norm, vooral in oudere populaties. Een gevolg is, dat men nauwelijks greep heeft op de bijwerkingen die ontstaan bij toepassing in de dagelijkse praktijk.

Men zegt daarom wel, dat RCT's een hoge interne validiteit bezitten, en pragmatische onderzoeken een hoge externe validiteit.

²³ Bijvoorbeeld de recent verschenen Duitse GERACstudie, waarin wordt beschreven dat acupunctuur 2x zo effectief is bij lage rugpijn als reguliere geneeskunde; German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain; Randomized, Multicenter, Blinded, Parallel-Group Trial With 3 Groups Michael Haake, PhD, MD; Hans-Helge Müller, PhD; Carmen Schade-Brittinger; Heinz D. Basler, PhD; Helmut Schäfer, PhD; Christoph Maier, PhD, MD; Heinz G. Endres, MD; Hans J. Trampisch, PhD; Albrecht Molsberger, PhD, MD; ARCH INTERN MED/VOL 167 (NO. 17), SEP 24, 2007, 1892-1898.

²⁴ Effectiviteitsonderzoeken m.b.t. CAM: zie bijlage 1

²⁵ Zie Persbericht van Universiteit van Tilburg: http://webapp.uvt.nl/fsw/spitsjohn.nb_lib.frmToonPersbericht?v_id=7337; zie ook: "Lichaam en geest: samenspel"; J.A. Roukema en J.de Vries, De Psycholoog 42, 7/8, 412-418, juli-aug.2007, besproken door Diederick Sprangers in Antroposana. Nummer 1. Januari 2008.

²⁶ *Ibid*.

²⁷ Kosten-effectiviteitsonderzoeken m.b.t. CAM: zie bijlage 2

²⁸ Maxion-Bergemann S, Wolf M, Bornhöft G, Matthiessen PF, Wolf U (2006). Complementary and alternative medicine costs - a systematic literature review. *Forschende Komplementärmedizin*, 13 Suppl 2:42-45. Kwalitatief goed ontworpen studies en modellen zijn vereist om hierover meer uitspraken te kunnen doen Er zijn echter 2 dissertaties in voorbereiding op basis van de verzamelde gegevens: twee onderzoekers van de Universiteit van Bern gaan op basis van de verzamelde gegevens een promotie-onderzoek doen onder begeleiding van professor Lorenz Fischer (neuraaltherapie).

²⁹ Bijvoorbeeld de sceptis t.a.v. de verdunningenproblematiek bij de werking bij homeopathie: Homeopathie kan niet werken, omdat men met verdunningen werkt, waarin geen moleculen van de uitgangsstof meer zitten. Echter, Roy e.a. (Roy R, Tiller WA, Bell IR, Hoover MR. The structure of liquid water; Novel insights from arterials research; Potential relevance to homeopathy. *Materials research Innovations*. 2005;5:77-608) tonen duidelijk aan, dat water als oplosmateriaal andere eigenschappen heeft nadat het naar homeopathisch voorschrift verdund en geschud is. De materiaalwetenschap weet, dat niet samenstelling maar structuur grotendeels de eigenschappen van een stof bepaalt. Zo zijn potlood en diamant beide zuiver koolstof, doch hun structuur maakt, dat ze totaal verschillende eigenschappen hebben. Voor de materiaalwetenschap is dit net zo vanzelfsprekend voor koolstof als voor water. Het bij voortduring herhaalde argument dat homeopathie niet kan werken omdat 'er niets in zit' moet dus voor goed van de baan. Recent natuurkundig onderzoek bevestigt dit opnieuw (Rey L. Thermoluminescence of deuterated amorphous and crystalline ices. *Radiation Phys Chem*. 2005;72:587-594 (Rey L. Thermoluminescence of ultra-high dilutions of lithium chloride and sodium chloride. *Physica A*. 2003;323:67-74).

³⁰ Geciteerd in "Onderzoek op het gebied van Complementaire Behandelwijzen: 'stand van zaken en plan van aanpak', 8, ZonMw, 2004; inmiddels is er een CAM-onderzoeksnetwork tot stand gekomen dat mede met behulp van subsidie van ZonMw onderzoekers opleidt en onderzoeksprojecten begeleid; zie voor meer informatie: www.camnetwerk.nl

³¹ Het percentage Evidence Based binnen de reguliere gezondheidszorg blijft overigens flink achter bij de eigen roep om Evidence Based Geneeskunde: daar waar men bij de complementaire geneeskunde min of meer eist dat alle behandelingen evidence based zijn, kan men aan de hand van Andrew Booth van de Universiteit van Sheffield concluderen dat het Evidence Based-gehalte in de reguliere geneeskunde flink onder de 50% zit.

Booth stelde een lijst samen van de hoeveelheid evidence based binnen de reguliere gezondheidszorg en daarin zien we (zie: <http://www.shf.ac.uk/scharr/ir/percent.html>): zie tabel hiernaast.

³² K. Cramer & S. Vohra, N-of-1 – A new method for investigating CAM, in Newsletter - October 2006 - Volume 3, No. 3, Pg. 5 van the International Society for Complementary Medicine Research. In Nederland is het CAM-onderzoeksnetwork bezig met het ontwikkelen van een n=1 onderzoeksprotocol om deze vorm van effectiviteitsonderzoek in de praktijk te kunnen toepassen. Voor meer informatie zie: <http://www.camnetwerk.nl/>

³³ In de Evaluatie van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg op pagina 28 staat het er als volgt: "Om de patiënt te beschermen tegen ondeugdelijk handelen is onder meer gekozen voor een systeem van constitutieve registratie annex titelbescherming van de in de wet aangegeven beroepen. Constitutieve registratie wil zeggen dat er rechtsgevolgen verbonden zijn aan de registratie: de ingeschrevene krijgt (onder meer) het recht op het voeren van de betreffende beroepstitel, de bevoegdheid om werkzaam te zijn op bepaalde gebieden van de individuele gezondheidszorg en is onderworpen aan publiek tuchtrecht. De constitutieve registratie is ingesteld met het oog op het scheppen van waarborgen tot het handhaven van een verantwoord niveau van beroepsuitoefening, dit ter bescherming van de patiënt. In art. 3 Wet BIG is deze zogenoemde 'zware' beroepsregeling vastgelegd. Momenteel vallen acht beroepen onder het stelsel van de constitutieve registratie. Het betreft de beroepen arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut²⁸, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige. Voor elk van deze beroepen (ook wel art. 3-beroepen genoemd) houdt de minister van VWS een register bij. Primaire doel van het register is het verschaffen van duidelijkheid aan de patiënt over de bevoegdheid en het deskundigheidssterrein van een hulpverlener." "Evaluatie van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg van ZorgOnderzoek Nederland (ZonMW, december 2002).

³⁴ Besluit Nr. 1350/2007/EG van het Europees Parlement en de Europese Raad van 23 oktober 2007 tot vaststelling van een tweede communautair actieprogramma op het gebied van gezondheid (2008-2013), L 301/7, uit: het publicatieblad van de Europese Unie, 20-11-2007.

* De tekening op pagina 3 is ontleend aan Martien Brands, Complementaire geneeskunde, Syllabus Vrije Keuze Onderwijs. Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, 2007.

Study	Setting	RCT-based (Type I)	Non-experimental evidence (Type II)	Not supported	No. of interventions/patients
Baraldini et al (1998)	Tertiary referral paediatric surgical unit	26%	71%	3%	70/49
Djulgovic et al (1999)	Cancer Centre (US)	24%	21%	55%	154/Not known
Ellis et al (1995)	General medicine District General Hospital (UK)	53%	29%	18%	108/108
Galloway et al (1997)	Haematology General Hospital (UK)	70% (Type I or Type II)		30%	Not known/83
Geddes et al (1996)	Psychiatry Acute adult general psychiatric ward (UK)	65%			40/40
Gill et al (1996)	General Practice Suburban training practice (UK)	30%	51%	19%	101/122
Howes et al (1997)	Surgery General surgical/vascular unit in Urban teaching hospital (UK)	24%	71%	5%	100/100
Jemec et al (1998)	Dermatology Outpatient clinic University Hospital (Denmark)	38%	33%	23% (6% not accounted for)	Not known/115
Kenny et al (1997)	Regional Paediatric Surgical Unit (UK)	11%	66%	23%	281/281
Lee et al (2000)	Surgery Tertiary Care Cancer Centre and community general hospital (US)	14%	64%	22%	50/Not known
Michaud et al (1998)	Internal medicine General Hospital (Canada)	20.9 % placebo 43.9% head to head			150/150
Myles et al (1999)	Anaesthesia (Australia)	32%	64.7%	3.3% other	Not known
Nordin-Johansson et al (2000)	Internal Medicine Department of Medicine Teaching Hospital (Sweden)	50%	34% by consensus	12% other	369/197
Rudolf et al (1999)	12 Community Paediatricians (UK)	39.9%	7%		1149/247
Slim et al (1998)	11 hospitals (one university and 10 district hospitals) (France)	50%	28%		428/Not known
Suarez-Varela et al (2000)	General Practice 34 primary health care centres (Spain)	38%	4%	58% other	2341/1990
Summers et al (1996)	Psychiatry General Hospital (UK)	53%	10%	37%	160/158
Tsuruoka et al (1996)	General Practice (Japan)	21%	60%	19% other	53/49

Op de website BMJ Clinical Evidence HYPERLINK "<http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/about/knowledge.jsp>" <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/about/knowledge.jsp> wordt de vraag beantwoord welk deel van de gebruikelijke behandelingen ondersteund wordt door goed bewijs: "Of around 2500 treatments covered 13% are rated as beneficial, 23% likely to be beneficial, 8% as trade off between benefits and harms, 6% unlikely to be beneficial, 4% likely to be ineffective or harmful, and 46%, the largest proportion, as unknown effectiveness".

Bijlage 1 Effectiviteitsonderzoeken m.b.t. CAM

Voor een belangrijk deel overgenomen uit: Complementary Medicine (CAM). It's current position and its potential for European Healthcare, 8-9, ECH, ECPM, ICMART, IVAA, representing 132 medical CAM associations across Europe, march 2008

Algemene Effectiviteitsonderzoeken m.b.t. CAM:

- Lawson ML, Pham B, Klassen TP, Moher D (2005) Systematic reviews involving complementary and alternative medicine interventions had higher quality of reporting than conventional medicine reviews. *Journal of clinical epidemiology*, 58:777-784.
- Klassen TP, Pham B, Lawson ML, Moher D (2005) For randomized controlled trials, the quality of reports of complementary and alternative medicine was as good as reports of conventional medicine. *Journal of clinical epidemiology*, 58:763-768.
Evaluation of acupuncture, anthroposophic medicine, homeopathy, neural therapy, herbal medicine and Traditional Chinese Medicine:
- Melchart D, Mitscherlich F, Amiet M, Eichenberger R, Koch R (2005) Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK) Schlussbericht (24/04/2005).

Acupunctuur:

Een niet-uitputtende lijst van observationele onderzoeken:
- Linde K, Weidenhammer W, Streng A, Hoppe A, Melchart D. (2006) Acupuncture for osteoarthritic pain: an observational study in routine care. *Rheumatology (Oxford)*, 45:222-227.
- Melchart D, Weidenhammer W, Streng A, Hoppe A, Pfaffenrath V, Linde K. (2006) Acupuncture for chronic headaches--an epidemiological study. *Headache*, 46:632-641.
- Linde K, Streng A, Hoppe A, Weidenhammer W, Wagenpfeil S, Melchart D. (2007) Randomized trial vs. observational study of acupuncture for migraine found that patient characteristics differed but outcomes were similar. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60:280-287.
- Weidenhammer W, Streng A, Linde K, Hoppe A, Melchart D (2007) Acupuncture for chronic pain within the research program of 10 German Health Insurance Funds--basic results from an observational study. *Complementary Therapies in Medicine*, 15:238-246
- Weidenhammer W, Linde K, Streng A, Hoppe A, Melchart D (2007) Acupuncture for chronic low back pain in routine care: a multicenter observational study. *Clinical Journal of Pain*, 23:128-135.
Non-exhaustive list of systematic reviews:
- Bower WF, Diao M, Tang JL, Yeung CK (2005). Acupuncture for nocturnal enuresis in children: a systematic review and exploration of rationale. *Neurourology and urodynamics*, 24:267-272.
- Berman B, Ezzo J, Hadhazy V, et al. (1999) Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia? *Journal of Family Practice*, 48:213-218.
- Casimiro L, Brosseau L, Milne S et al.

Acupuncture and electroacupuncture for the treatment of RA (2003). *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3:CD003788.
- Ernst E, Pittler MH (1998). The effectiveness of acupuncture in treating acute dental pain: a systematic review. *British Dental Journal*, 184:443-447.
- Ernst E, White AR (1999). Acupuncture as a treatment for temporomandibular joint dysfunction: a systematic review of randomized trials. *Archives of OtolaryngologyHead & Neck Surgery*, 125:269-272.
- Ernst E, White AR (1998). Acupuncture for back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 158:2235-41.
- Ezzo J, Berman B, Hadhazy VA et al (2000). Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain*, 86:217-225.
- Ezzo J, Hadhazy V, Birch S, et al. (2001) Acupuncture for osteoarthritis of the knee: a systematic review. *Arthritis and Rheumatism*, 44:819-825.
- Furlan AD, van Tulder M, Cherkin D, Tsukayama H, Lao L, Koes B, Berman B. (2005) Acupuncture and dry-needling for low back pain: an updated systematic review within the framework of the cochrane collaboration. *Spine*, 30:944-463.
- Green S, Buchbinder R, Hetrick S (2005). Acupuncture for shoulder pain. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2:CD005319.
- He L, Zhou D, Wu B, Li N, Zhou MK (2004). Acupuncture for Bell's palsy. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1:CD002914.
- Jedel E (2005). Acupuncture in xerostomia--a systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 32:392-396.
- Jewell D, Young G (2003). Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4:CD000145.
- Lee A, Done ML (2004). Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3:CD003281.
- Lee H, Ernst E (2005). Acupuncture analgesia during surgery: a systematic review. *Pain*, 114:511-517.
- Lee H, Ernst E (2004). Acupuncture for GI endoscopy: a systematic review. *Gastrointestinal Endoscopy*, 60:784-789.
- Lee H, Ernst E (2004). Acupuncture for labor pain management: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 191:1573-1579.
- Lee H, Schmidt K, Ernst E (2005). Acupuncture for the relief of cancer-related pain -- a systematic review. *European Journal of Pain*, 9:437-444.
- Linde K, Jobst K, Panton J. (2001) Acupuncture for chronic asthma. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 2, Oxford: Update Software.
- Manheimer E, White A, Berman B, Forys K, Ernst E (2005). Meta-analysis: acupuncture for low back pain. *Annals of Internal Medicine*, 142:651-663.
- McCarney RW, Brinkhaus B, Lasserson TJ, Linde K (2004). Acupuncture for chronic

asthma. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1:CD000008.
- Melchart D, Linde K, Fischer P et al (2001). Acupuncture for idiopathic headache. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1:CD001218.
- Mukaino Y, Park J, White A, Ernst E (2005). The effectiveness of acupuncture for depression -- a systematic review of randomized controlled trials. *Acupuncture in Medicine*, 23:70-76.
- Pan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20:374-387.
- Park J, White AR, Ernst E (2000). Efficacy of acupuncture as a treatment for tinnitus: a systematic review. *Archives of OtolaryngologyHead & Neck Surgery*, 126:489-492.
- Pittler MH, Ernst E (2005). Complementary therapies for peripheral arterial disease: systematic review. *Atherosclerosis*, 181:1-7.
- Pittler MH, Ernst E (2005). Complementary therapies for reducing body weight: a systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 29: 1030-1038.
- Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW (2002). Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1:CD002123.
- Smith CA, Crowther CA (2004). Acupuncture for induction of labour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1:CD002962.
- Smith CA, Hay PP (2005). Acupuncture for depression. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2:CD004046.
- Smith LA, Oldman AD, McQuay HJ, Moore RA (2000). Teasing apart quality and validity in systematic reviews: an example from acupuncture trials in chronic neck and back pain. *Pain*, 86:119-132.
- Sok SR, Erlen JA, Kim KB (2003). Effects of acupuncture therapy on insomnia. *Journal of Advanced Nursing*, 44:375-384.
- Stener-Victorin E (2005). The pain-relieving effect of electro-acupuncture and conventional medical analgesic methods during oocyte retrieval: a systematic review of randomized controlled trials. *Human Reproduction*, 20: 339-349.
- Sze FK, Wong E, Or KK, Lau J, Woo J (2002). Does acupuncture improve motor recovery after stroke? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke*, 33:2604-2619.
- Trinh KV, Phillips SD, Ho E et al (2004). Acupuncture for the alleviation of lateral epicondyle pain: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*, 43:1085-1090.
- van Tulder M, Cherkin D, Berman B, et al. (2001) Acupuncture for low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 2, Oxford: Update Software.
- Vickers AJ. (1996) Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis RCTs. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89:303-311.

- White AR, Ernst E (1999). A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture for neck pain. *Rheumatology (Oxford)*, 38:143-147.
- White AR, Rampes H, Ernst E (2002). Acupuncture for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2:CD000009.
- Zhang SH, Liu M, Asplund K, Li L (2005). Acupuncture for acute stroke. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2:CD003317.
- Dr Xiaorui Zhang e.a., Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials, WHO-rapport, 2003. Hierin een lijst met 28 indicaties waarvoor acupunctuur bewezen is:
Adverse reactions to radiotherapy and/or chemotherapy/Allergic rhinitis (including hay fever)/Biliary colic/Depression (including depressive neurosis and depression following stroke)/Dysentery, acute bacillary/Dysmenorrhoea, primary/Epigastralgia, acute (in peptic ulcer, acute and chronic gastritis, and gastrospasm)/Facial pain (including craniomandibular disorders)/Headache/Hypertension, essential Hypotension, primary/Induction of labour/ Knee pain/Leukopenia/Low back pain/Malposition of fetus, correction of/Morning sickness/Nausea and vomiting/Neck pain/Pain in dentistry (including dental pain and temporomandibular dysfunction)/Periarthritis of shoulder/Postoperative pain/Renal colic/Rheumatoid arthritis/Sciatica/Sprain/Stroke/Tennis elbow.

Antroposofische geneeskunde:

Een niet-uitputtende lijst van observationele onderzoeken:
- Hamre H, Witt C, Glockmann A, Ziegler R, Willich S, Kiene H (2007) Anthroposophic medical therapy in chronic disease: a four-year prospective cohort study. *BMC Complementary Alternative Medicine*, 7:10
- Grossarth-Maticek R, Ziegler R (2007). Prospective controlled cohort studies on long-term therapy of ovarian cancer patients with mistletoe (*Viscum album* L.) extracts iscador. *Arzneimittelforschung*, 57:665-678
- Grossarth-Maticek R, Ziegler R. (2006) Prospective controlled cohort studies on long-term therapy of breast cancer patients with a mistletoe preparation (Iscador). *Forschende Komplementärmedizin*, 13:285-292
- Carlsson M, Arman M, Backman M, Flatters U, Hatschek T, Hamrin E (2006) A Five-year Follow-up of Quality of Life in Women with Breast Cancer in Anthroposophic and Conventional Care. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, 3:523-531
- Heusser P, Braun SB, Ziegler R, Bertschy M, Helwig S, van Wegberg B, Cerny T (2006) Palliative inpatient cancer treatment in an anthroposophic hospital: I. Treatment patterns and compliance with anthroposophic medicine. *Forschende Komplementärmedizin*, 13:94-100.
- Heusser P, Braun SB, Bertschy M, Burkhard R, Ziegler R, Helwig S, van Wegberg B, Cerny T (2006). Palliative in-patient cancer treatment in an anthroposophic hospital: II. Quality of life during and after stationary treatment, and subjective treatment benefits. *Forschende Komplementärmedizin*, 13:156-166.

Non-exhaustive list of systematic reviews:
- Kienle GS, Kiene H (2007). Complementary cancer therapy: a systematic review of prospective clinical trials on anthroposophic mistletoe extracts. *European journal of medical research*, 12:103-119
- Kienle GS, Hamre HJ, Kiene H. (2004) Anthroposophical medicine: a systematic review of randomised clinical trials. *Wiener klinische Wochenschrift*, 116:407-408
- Kienle GS, Kiene H, Albonico HU (2006) [Anthroposophic medicine: health technology assessment report, short version.] *Forschende Komplementärmedizin*;13 Suppl 2:7-18
- Kienle G, Kiene H, Albonico HU (2006) Anthroposophic Medicine Effectiveness, Utility, Costs Safety. Schattauer Verlag

Homeopathie:

Een niet-uitputtende lijst van observationele onderzoeken:
- Spence D, Thompson EA, Barron SJ (2005) Homeopathic Treatment for Chronic Disease: A 6-Year, University-Hospital Outpatient Observational Study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11(5):793-798.
- Witt CM, Lüdtke R, Baur R, Willich SN (2005) Homeopathic Medical Practice: Long-term results of a Cohort Study with 3981 Patients. *BMC Public Health*. 5(1):115.
Güthlin C, Lange O, Walach H (2004). Measuring the effects of acupuncture and homeopathy in general practice: An uncontrolled prospective documentation approach. *BMC Public Health*. 4:6
- Sharples F, van Haselen R, Fisher P (2003). NHS patients' perspective on complementary medicine. *Complementary Therapies in Medicine*, 11:243-248

Non-exhaustive list of systematic reviews:
- Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G (1991). Clinical trials of homeopathy. *British Medical Journal*, 302: 316-323
- Cucherat M, Haugh MC, Gooch M, Boisel JP (2000). Evidence of clinical efficacy of homeopathy -- A meta-analysis of clinical trials. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 56:27-33
- Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV, Jonas WB (1997) Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet*, 350: 834-843
- Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, Juni P, Dorig S, Sterne JA, Pewsner D, Egger M (2005). Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. *Lancet*, 366:726-732
- Jacobs J, Jonas WB, Jimenez-Perez M, Crothers D (2003). Homeopathy for childhood diarrhea: combined results and meta-analysis from three randomized, controlled clinical trials. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 22:229-234
- Vickers A, Smith C (2006). Homeopathic Oscilloccinum for preventing and treating influenza and influenza-like syndromes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD001957
- Barnes J, Resch K-L, Ernst E (1997). Homeopathy for postoperative ileus? A meta-analysis. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 25:628-633

- Wiesenauer M, Lüdtke R (1996). A meta-analysis of the homeopathic treatment of pollinosis with *Galphimia glauca*. *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde*, 3:230-236
- Taylor MA, Reilly D, Llewellyn-Jones RH, McSharry C, Aitchison TC (2000). Randomised controlled trials of homeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series. *British Medical Journal*, 321:471-476
- Bellavite P, Ortolani R, Pontarollo F, Pisere V, Benato G, Conforti A (2006). Immunology and homeopathy. 4. Clinical studies -- Part 2. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine: eCAM, 3:397-409
- Schneider B, Klein P, Weiser M (2005). Treatment of vertigo with a homeopathic complex remedy compared with usual treatments: a meta-analysis of clinical trials. *Arzneimittelforschung*, 55:23-29
- Ernst E, Barnes J (1998). Are homeopathic remedies effective for delayed-onset muscle soreness? -- A systematic review of placebo-controlled trials. *Perfusion (Nürnberg)*, 11:4-8
- Ullman D (2003). Controlled clinical trials evaluating the homeopathic treatment of people with human immunodeficiency virus or acquired immune deficiency syndrome. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9:133-141
- McCarney RW, Linde K, Lasserson TJ (2004). Homeopathy for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD000353
- McCarney R, Warner J, Fisher P, van Haselen R (2004). Homeopathy for dementia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD003803
- Owen JM, Green BN (2004). Homeopathic treatment of headaches: A systematic review of the literature. *Journal of Chiropractic Medicine*, 3:45-52
- Smith CA (2003). Homeopathy for induction of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. CD003399
- Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Fisher P, Richardson J (2005). Homeopathy for depression: a systematic review of the research evidence. *Homeopathy*, 94:153-163
- Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Fisher P, Richardson J (2006). Homeopathy for anxiety and anxiety disorders: A systematic review of the research. *Homeopathy*, 95: 151-162
- Long L, Ernst E (2001). Homeopathic remedies for the treatment of osteoarthritis -- A systematic review. *British Homeopathic Journal*, 90:37-43
- Homeopathic Prophylaxis of Headaches and Migraine? A Systematic Review - a systematic review of placebo-controlled clinical trials. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 18, Number 5, November 1999, pp. 353-357(5)

Natuurgeneeskunde:

- Lugard, Dr. E.K. De effecten van een eliminatiediet op spanningshoofdpijn en migraine. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997. Dit proefschrift beschrijft een open, gerandomiseerd, vergelijkend onderzoek onder 123 patiënten met spanningshoofdpijn en migraine.

Bijlage 2

Kosten-effectiviteitsonderzoeken m.b.t. CAM

Voor een belangrijk deel overgenomen uit: Complementary Medicine (CAM). It's current position and its potential for European Healthcare, 8-9, ECH, ECPM, ICMART, IVAA, representing 132 medical CAM associations across Europe, march 2008.

Algemene Kosten-effectiviteitsonderzoeken m.b.t. CAM:

- Smallwood C (2005). The role of Complementary and Alternative Medicine in the NHS – an Investigation into the Potential Contribution of Mainstream Complementary Therapies to Healthcare in the UK.
- Canter PH, Coon JT, Ernst E (2006). Cost-effectiveness of complementary therapies in the United Kingdom—a systematic review. EvidenceBased Complementary and Alternative Medicine, 3:425-432.
- Herman PM, Craig BM, Caspi O (2005). Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review. BMC Complementary and Alternative Medicine, 5:11.
- Maxion-Bergemann S, Wolf M, Bornhöft G, Matthiessen PF, Wolf U (2006). Complementary and alternative medicine costs - a systematic literature review. Forschende Komplementärmedizin, 13 Suppl 2:42-45.
- Canter PH, Thompson Coon J, Ernst E (2005). Cost effectiveness of complementary treatments in the United Kingdom: a systematic review. British Medical Journal, 331:880-881.

Acupunctuur:

- Ratcliffe J, Thomas KJ, MacPherson H, Brazier J (2006). A randomised controlled trial of acupuncture care for persistent low back pain: cost effectiveness analysis. British Medical Journal, 333:626.
- Reinhold T, Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Willich SN (2007). Quality of life and cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with osteoarthritis pain. The European Journal of Health Economics, 1618-7598
- Thomas KJ, MacPherson H, Ratcliffe J, Thorpe L, Brazier J, Campbell M, Fitter M, Roman M, Walters S, Nicholl JP (2005) Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain. Health Technology Assessment, 9(32):iii-iv, ix-x, 1-109.
- Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith CM, Ellis N, Fisher P, Van Haselen R, Wonderling D, Grieve R (2004) Acupuncture of chronic headache disorders in primary care: randomised controlled trial and economic analysis. Health Technology Assessment, 8(48):iii, 1-35.
- Witt CM, Jena S, Selim D, Brinkhaus B, Reinhold T, Wruck K, Liecker B, Linde K, Wegscheider K, Willich SN (2006). Pragmatic randomized trial evaluating the clinical and economic effectiveness of acupuncture for chronic low back pain. American Journal of Epidemiology, 164:487-496.
- Willich SN, Reinhold T, Selim D, Jena S, Brinkhaus B, Witt CM (2006) Cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients

with chronic neck pain. Pain, 125:107-113.

- Witt CM, Reinhold T, Brinkhaus B, Roll S, Jena S, Willich SN (2008). Acupuncture in patients with dysmenorrhea: a randomized study on clinical effectiveness and cost-effectiveness in usual care. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 198:166.e1-8.
- Wonderling D, Vickers AJ, Grieve R, McCarney R (2004). Cost effectiveness analysis of a randomised trial of acupuncture for chronic headache in primary care. British Medical Journal, 328:747-749.

Antroposofische geneeskunde:

- Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H (2007) Anthroposophic medical therapy in chronic disease: a four-year prospective cohort study. BMC Complementary and Alternative Medicine, 7:10.
- Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H (2006). Health costs in anthroposophic therapy users: a two-year prospective cohort study. BMC Health Services Research, 6:65.
- Hamre HJ, Becker-Witt C, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H (2004) Anthroposophic therapies in chronic disease: the Anthroposophic Medicine Outcomes Study (AMOS). European Journal of Medical Research 9:351-360.
- Ritchie J (2001) A model of Integrated Primary Care: Anthroposophic Medicine. Department of General Practice and Primary Care, St Bartholomew's and the Royal London Scholl of Medicine and Dentistry, Queen Mary, University of London
- Kienle G, Kiene H, Albonico HU (2006) Anthroposophic Medicine Effectiveness, Utility, Costs Safety. Schattauer Verlag

Homeopathie:

- Witt C, Keil T, Selim D, Roll S, Vance W, Wegscheider K, Willich SN (2005). Outcome and costs of homeopathic and conventional treatment strategies: a comparative cohort study in patients with chronic disorders. Complementary Therapies in Medicine, 13:79-86
- Trichard M, Chaufferin G Nicoloyannis N (2005). Pharmacoeconomic comparison between homeopathic and antibiotic treatment strategies in recurrent acute rhinopharyngitis in children. Homeopathy, 94:3-9
- Bornhöft G, Wolf U, von Ammon K, Righetti M, Maxion-Bergemann S, Baumgartner S, Thurneysen AE, Matthiessen PF (2006). Effectiveness, safety and cost-effectiveness of homeopathy in general practice - summarized health technology assessment. Forschende Komplementärmedizin, 13 Suppl 2:19-29.
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), Carnets Statistiques, Le secteur libéral des professions de santé (07/1998).
- Vainchtock A et al (2002) Descriptive and comparative study of patient-management by homeopathic GPs versus allopathic GPs. Value in Health 5: 468.

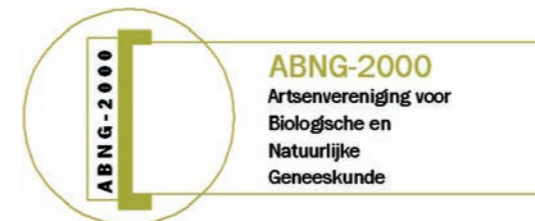
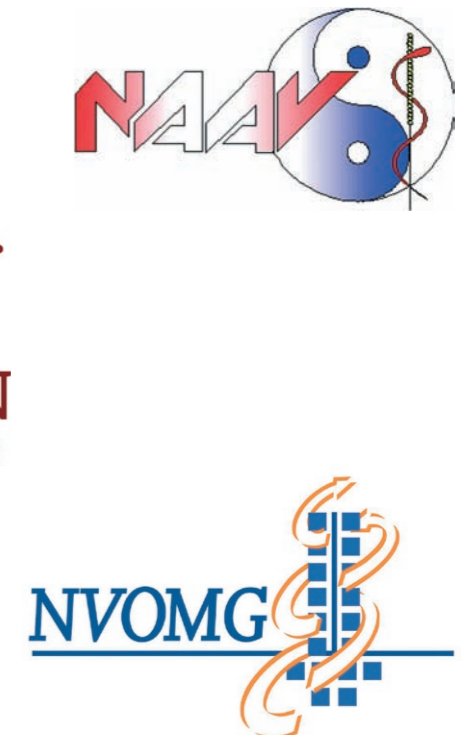
Colofon

Dit positionpaper is geschreven namens zes CAM-verenigingen, te weten:

- Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde, ABNG-2000
- Artsenvereniging voor Homeopathie, VHAN
- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging, NAAV
- Nederlandse Artsen Vereniging voor Neuraaltherapie en Regulatietherapie, NVNR
- Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen, NVAA
- Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde, NVOMG

Dit positionpaper is gemaakt door:

- Samenstelling: Wim Verest
- Redactie: Annette Lubbers
- Vormgeving en productie: De Praktijk Concept & Ontwerp - Hoorn
- Voor reactie en informatie: camartsen@gmail.com



Samenvatting

CAM (complementaire geneeskunde) is niet een alternatief voor, maar een uitbreiding van de reguliere (conventionele) geneeskunde. De gedachte dat CAM-artsen algemeen medische inzichten verlaten en hun toevlucht nemen tot onbegrijpelijke vormen van diagnostiek en behandeling is een hardnekkig misverstand.

CAM is veilig, effectief, kostenbesparend en patiëntgericht (zie paragraaf 5-8). De Europese Unie acht het van belang dat CAM een belangrijke bijdrage vormt in een pluriforme benadering van de volksgezondheid (zie inleiding).

CAM is onderdeel van het volksgezondheidszorgbeleid van de Europese Unie en van de WHO (paragraaf 3-4). CAM heeft desondanks nog geen duidelijke positie in de Nederlandse wet- en regelgeving door onbekendheid bij bestuurders, politici en een deel van de reguliere artsen. De overheid heeft tot taak de belangen van de burger te beschermen. Voor de gezondheidszorg betekent het daarom dat de overheid hoeder dient te zijn van pluralisme in de geneeskunde, zodat burgers een hoge mate van keuzevrijheid hebben in verantwoorde behandeling van hun aandoeningen.

CAM is vooral effectief bij chronische, individuele d.w.z. niet-overdraagbare aandoeningen. Dit is het indicatiegebied waar reguliere behandelingen niet altijd het gewenste resultaat opleveren.

Dit positionpaper verheldert één en ander en roept op tot overleg, om te komen tot een duidelijke positie van CAM-geneeskunde en CAM-artsen in Nederland

Samenwerkende CAM-Artsenverenigingen

