

tegen de kwakzalverij

mei 2000
jaargang 111
nummer 3

Van de redactie

Vrijwel iedere geneeskundige handeling, zowel van diagnostische als van therapeutische aard brengt een kans op bijwerkingen of fouten met zich mee. Dat betekent dat de arts steeds wanneer hij een handeling van plan is zorgvuldig het nut tegen de kans op nadelige gevolgen moet afwegen terwijl hij waar het om belangrijke beslissingen gaat de patiënt zal informeren en betrekken bij de besluitvorming. Wij achten het vanzelfsprekend dat in het bijzonder bij beslissingen over behandelingen het te verwachten effect alsmede de kans op nadelige gevolgen "evidence based" zijn en eigenlijk altijd in maat en getal uitgedrukt moeten kunnen worden. Evenzo geldt dat wanneer een behandeling niet "evidence based" is deze alleen uitgevoerd zou mogen worden wanneer de kans op nadelige gevolgen gelijk aan nul is. Dit houdt in dat alternatieve behandelwijzen verboden zouden moeten zijn wanneer er nadelige gevolgen, niet alleen somatische maar ook psychische, mogelijk of bekend zijn. Wanneer wij ons richten op de acupunctuur, een geneeswijze waarvan de werkzaamheid nimmer overtuigend is aangetoond (zie ook "acupunctuur onwerkzaam bij de behandeling van vetzucht" elders in dit nummer) mag men hopen dat deze

geheel en al zonder bijwerkingen is. Dit blijkt nu geenszins het geval te zijn. Zo vermeldt Brewin 33 gedocumenteerde gevallen van pneumothorax in de VS¹. In een brief aan de redactie van de British Medical Journal schrijven Ernst en White dat acupunctuur ernstige bijwerkingen met zich mee kan brengen². Zij wijzen op een in Japanse literatuur beschreven ziektegeschiedenis van een 41 jarige man die wegens pijn in een schouder met acupunctuur behandeld werd en 3 dagen later colabeerde terwijl er een zich snel uitbreidende roodheid en necrose in de huid van de schouder ontstond. Hij kreeg een toxisch shocksyndroom tengevolge van de opgelopen streptococceninfectie en overleed ondanks chirurgisch ingrijpen en toediening van antibiotica een dag later. De briefschrijvers hebben de in "Medline", "Embase" en de "Cochrane"-bibliotheek gezocht naar publicaties over ernstige complicaties van acupunctuur die in 1998 gepubliceerd waren. Het waren er 11, waaronder enkele ernstige infecties, 2 gevallen van pneumothorax, en een afsluiting van een arteria poplitea gevolgd door blijvende claudicatio intermittens. Een juiste diagnose werd vaak niet direct gesteld omdat de patiënten terughoudend waren met het melden van

de ondergane acupunctuur. Voorts vonden de schrijvers 3 overzichtsaftikelen waaronder één waarin berekend werd dat acupunctuur de kans op het krijgen van hepatitis C verdubbelde. In een ander stuk werd melding gemaakt van 64 bijwerkingen bij 55.000 acupunctuurbehandelingen in Japan. In de meeste gevallen betrof het achtergebleven naalden en flauwvallen. Bij 9% van 121 met acupunctuur behandelde patiënten in Duitsland deed zich een bijwerking voor: de belangrijkste was pijn.

De schrijvers concluderen dat acupunctuur incidenteel ernstige, in een enkel geval dodelijke bijwerkingen kan hebben, die in de meeste gevallen samenhangen met onachtzaamheid. Wanneer men nu, zoals blijkbaar het geval is, aan alternatieve behandelaars en geneeswijzen kwaliteitsseisen wil gaan stellen, zou het een goede zaak zijn wanneer er een verplichte en openbare aangifte van schadelijke bijwerkingen komt. Het is redelijk in dit opzicht aan niet op "evidence" gebaseerde "geneeskunde" hogere eisen te stellen dan aan de op "evidence" stoelende geneeskunde. ●

Literatuur:

1. Brewin T. HealthWatch Newsletter 2000;36:7
2. Ernst E, White AR. BMJ 2000;320:513-4

Homeopathie "revisited"

Het is niet eenvoudig om de gedachtegang van homeopathische artsen te volgen, als men tenminste niet a-priori van kwade trouw wil uitgaan. Ze lijken verscheurd door tegenstrijdige ideeën. Enerzijds worden ze door de ruim 200 jaar oude homeopathische doctrine gedwongen tot een vrijwel volledige verwerping van moderne geneeskundige beginselen, anderzijds schijnen ze de herinnering aan wat hun eens op de universiteit is onderwezen maar niet kwijt te kunnen raken. Gelukkig voor deze stakkers blijkt de homeopathische leer, sinds de dood van Hahnemann, die

van zijn leerlingen onvoorwaardelijke navolging eiste, toch voor verschillende interpretaties vatbaar te zijn. Zo zijn er op het moment ruwweg drie verschillende stromingen in de homeopathie te onderscheiden. Ten eerste de klassieke homeopathie waarbij de genezer, met volledig voorbijgaan aan de reguliere diagnose, een homeopathische diagnose stelt, uitsluitend op grond van individuele kenmerken van de patiënt. Met het stellen van deze homeopathische diagnose is impliciet ook het juiste geneesmiddel gevonden. Lichamelijk onderzoek is hier

vervolg op pagina 2

■ Van de redactie	1	INHOUD
■ Homeopathie "revisited"	1	
■ Klinisch geneesmiddelenonderzoek	3	
■ De kwakzalver, de subsidies en de consument	5	
■ Chronique scandaleuse	8	
■ Een onheilige Drieëenheid (II)	9	
■ Correspondentie	11	

bij overbodig en medische kennis is niet vereist. Het is dan ook vooral het terrein van leken-genezers. Ten tweede de zogenoemde klinische homeopathie die meestal door homeopathische artsen wordt beoefend waarbij naast individuele middelen op grond van de homeopathische diagnose, ook standaardmiddelen worden toegepast tegen aandoeningen die op reguliere wijze zijn vastgesteld. Voor het stellen van de reguliere diagnose is uiteraard wel medische kennis noodzakelijk. Ten derde de complexmiddelen-homeopathie waarbij helemaal geen homeopathische diagnose wordt gesteld en uitsluitend standaardmiddelen worden gebruikt. Om het probleem van individuele verschillen tussen diverse patiënten met eenzelfde aandoening te omzeilen worden de complexmiddelen samengesteld uit een (groot)

Homeopathische artsen mogen niet klagen over te geringe klandizie of te weinig waardering van het publiek.

aantal homeopathische preparaten. Deze praktijk lijkt nog het meest op reguliere geneeskunde met als enig verschil dat middelen worden voorgeschreven waarvan nooit enige werkzaamheid is gebleken. Overigens vinden homeopathische complexen vooral afrek in de 'zelfzorg'. Het is merkwaardig dat er nog nooit een complex-homeopaat op de gedachte is gekomen om alle bestaande middelen bij elkaar te gooien en zo, voor het eerst in de geschiedenis van de geneeskunde, een waar panacee samen te stellen, bruikbaar tegen elke aandoening bij elke individuele patiënt. Bij de gebruikelijke bereiding van homeopathische middelen zou een dergelijk project heel goed mogelijk zijn.

Behalve de drie genoemde varianten zijn er nog tal van andere stromingen in de alternatieve geneezwijzen waarbij homeopathische bereidingen een rol spelen en ook combinaties met andere behandelmethode als acupunctuur en natuurgeneeswijzen komen voor. Na in het begin van de twintigste eeuw op sterven na dood te zijn geweest mag de homeopathie zich de laatste 40 jaar weer in steeds toenemende belangstelling verheugen. Homeopathische artsen mogen dan ook niet klagen over te geringe klandizie of te weinig waardering van het publiek. Toch lijken ze niet helemaal tevreden. Namen vorige generaties nog genoegen met de positie van betrekkelijk onschuldige excentriekeling, om wie door reguliere collega's hoogstens wat geglimlacht werd zo-

lang ze geen serieuze ziekten behandelden, de huidige homeopathische artsen willen meer erkenning. Ze willen zelfs geregistreerd worden als medisch specialist. Daarvoor lijkt minimaal vereist dat de methode wetenschappelijk aantoonbaar effect heeft en dat de opleiding goed geregeld is en van goede kwaliteit. Hoe is het op het moment met deze eisen gesteld? Om met de laatste te beginnen: Een basisarts kan kiezen uit diverse cursussen die het hem mogelijk maken om het vak in een paar weken te leren. Het homeotherapeutisch handelen berust namelijk op een uiterst simpel systeem, zo simpel dat meer vooropleiding dan lezen en schrijven er niet voor nodig is. Met een uitgekiend computerprogramma zoals die tegenwoordig bestaan, kan het zelfs helemaal zonder opleiding. De homeopaat hoeft namelijk slechts in een uitgebreid gesprek een aantal psychische en somatische eigenaardigheden van de patiënt, symptomen genoemd, op te sporen, om deze vervolgens met behulp van een gigantische symptomelijst, het repertorium, te vergelijken met zogenoemde geneesmiddelbeelden. Is eenmaal het meest gelijkende middel gevonden dan staan zowel de homeopathische diagnose als het therapeuticum vast. De klachten tengevolge van de ziekte waaraan de patiënt lijdt, behoren ook tot de symptomen maar zijn voor de homeopathische diagnose slechts van belang voor zover ze merkwaardig en opvallend zijn. Veel meer gewicht in de schaal leggen de antwoorden op vragen als: "op welke zij slaapt u, bent u bang in het donker, vindt u mosterd lekker, houdt u graag vakantie aan het strand, hoe verdraagt u een heet bad, onder welke omstandigheden verergeren uw klachten?" enz. Al dit soort trivialiteiten, die verwijzen naar een of meer homeopathische middelen, worden als wezenskenmerken van het zieke individu beschouwd en naar het opsporen daarvan doelt men in propaganda-geschriften als men spreekt van het behandelen van de zieke in plaats van de ziekte en van de hele mens in plaats van het zieke orgaan. Zo zal bijvoorbeeld een hoestende bronchitislijder hetzelfde middel krijgen in het geval zijn hoest aan tuberculose of longkanker moet worden toegeschreven. Klinische homeopathie is nog simpeler, als men tenminste enige kennis van de hedendaagse geneeskunde heeft. Er is alleen een ander repertorium voor nodig, waarin niet alleen 'symptomen' maar ook complete (reguliere) diagnoses verwijzen naar de in aanmerking komende middelen (let wel dat hier de hele mens al weer enig-

zins plaats lijkt te moeten maken voor het zieke orgaan). Het lijkt dan ook sterk overdreven dat de homeopathie-opleiding voor artsen, verzorgd door de Stichting Homeopathische Opleidingen en verplicht voor leden van de Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN), drie jaar moet duren, maar gelukkig blijkt het bij nadere bestudering om slecht tien dagen per jaar te gaan. Voor de complex-homeopathie hoeft de kandidaat slechts een gratis boekje aan te vragen bij een fabrikant van homeopathische middelen, waarin achter een paar honderd 'diagnoses', van aambeien tot zweetvoeten, het aanbevelen complex staat vermeld.

Dan nu de wetenschappelijke onderbouwing. Homeopaten uit de eerste helft van de twintigste eeuw achtten wetenschappelijk onderzoek naar het effect van hun methode onmogelijk (omdat verschillende zieke individuen niet te vergelijken zouden zijn) en ook overbodig. "We zien dat onze methode werkt en dat is voldoende", waarbij over het hoofd werd gezien dat de meeste homeopaten iets verschillends deden. Moderne homeopathische artsen menen dat placebo-gecontroleerd onderzoek wel degelijk mogelijk is en in het kader van hun behoefte aan statusverbetering wordt er dan ook ijverig aan gedaan, hoewel individuele homeopaten er desgevraagd meestal zelf geen behoefte aan blijken te hebben. Als de fundamente van de homeopathische leer, similiabeginsel, potentiëren van geneesmiddelen en homeopathische materia medica, geldig en betrouwbaar zouden zijn (wat ze niet zijn), dan is het nog vrij eenvoudig aan te tonen dat een homeopathische behandeling vrijwel nooit effectief kan zijn (in het kader van dit stukje zou het te ver voeren om hierop dieper in te gaan). Desondanks is er een aantal pogingen

Een basisarts kan kiezen uit diverse cursussen die het hem mogelijk maken om het vak in een paar weken te leren.

gedaan om de werkzaamheid van homeopathie aan te tonen. Maar wát is er nu eigenlijk onderzocht? Hier wreekt zich weer de verwarring over de juiste interpretatie van de homeopathische doctrine.

In 1991 publiceerden de Maastrichtse epidemiologen J.Kleijnen c.s. een analyse van de 107 gecontroleerde studies met homeopathische middelen die ze in de medische literatuur sinds 1965 konden vinden. Over het algemeen was de opzet van die

trials zo amateuristisch dat slechts 16 voldeden aan minimeisen voor behoorlijk onderzoek (meer dan 59 punten op een schaal van 100 voor methodologische kwaliteit). Elf hiervan toonden een significant effect van het homeopathische middel. Van deze 16 onderzoeken hadden er acht betrekking op complexmiddelen, wat eigenlijk geen homeopathie genoemd mag worden, in vijf studies werd aan alle patiënten met dezelfde reguliere diagnose een zelfde enkelvoudig middel gegeven, wat strikt genomen ook geen homeopathie is, één trial had betrekking op isopathie, wat iets heel anders is dan homeopathie (de auteur noemde het overigens wel homeopathie), in één onderzoek werden twee homeopathische middelen vergeleken en uiteindelijk had maar één van de 16 betrekking op echte, klassieke homeopathie. Slechts één middel werd tweemaal onderzocht bij dezelfde aandoening. De eerste keer werd effect aangetoond, de tweede keer, qua opzet het beste onderzoek van alle 16 (90 punten), werd geen werkzaamheid gevonden. Na 1991 zijn er nog een aantal van dergelijke onderzoeken verricht, weer met wisselende uitkomst, waarbij opnieuw bleek dat in de beste studies het homeopathisch middel het slechtste scoorde. Bovendien verscheen er een opmerkelijke meta-analyse (waarbij gegevens uit verschillende onderzoeken worden gecombineerd) waarvan de conclusie luidde dat, hoewel geen werkzaamheid van homeopathie bij enige afzonderlijke aandoening is aangetoond, de hypothese dat het effect van homeopathische middelen uitsluitend is toe te schrijven aan het placebo-effect moet worden verworpen. Een tweede meta-analyse toonde echter aan dat goed opgezette onderzoeken geen significant verschil tussen middel en placebo laten zien.

Op grond van deze magere resultaten betogen homeopathische artsen de laatste jaren met grote hardnekkigheid, daarin uiteraard gesteund door de producenten van homeopathische middelen, dat zo langzamerhand onomstotelijk op wetenschappelijke wijze is vastgesteld dat 'homeopathie' werkt. Wat erger is, ze mogen deze stelling geregeld ventileren in behoorlijke tijdschriften. A.L.B. Rutten, bestuurslid en woordvoerder van de VHAN en M.P.L. Jansen, arts consultant (?) schrijven in *Medisch Contact* van 18 februari 2000 enigszins moedeloos dat het statistisch bewijs de tegenstanders van homeopathie niet heeft kunnen overtuigen en slechts geleid heeft tot relativering van het statistisch onderzoek. Ze betogen

Homeopathische artsen, betogen dat zo langzamerhand onomstotelijk op wetenschappelijke wijze is vastgesteld dat 'homeopathie' werkt.

dat in het streven naar evidence based medicine ook gebruik gemaakt wordt van consensus, gebaseerd op bewijs, plausibiliteit en praktijkervaring. Nu het bewijs niet aanvaard wordt en de plausibiliteit te wensen laat, raden ze artsen aan om homeopathie zelf te testen; tenslotte hebben vijf miljoen patiënten gunstige ervaringen met homeopathie, aldus Rutten en Jansen. Ze verzuimen mee te delen wat ze onder homeopathie verstaan. Als de methode ook maar iets heeft van de individuele behandelwijze die Hahne-mann voor ogen stond en als slechts een paar van de voornaam-

ste theoretische uitgangspunten geldig zijn, dan zijn in elk geval zelfmedicatie en gedurende langere tijd gebruiken van homeopathische middelen zinloos, ja zelfs niet ongevaarlijk. Dit wordt ook door vooraanstaande homeopathische artsen onderschreven. Toch is dit verreweg het voornaamste doel waarnaar de fabrikanten van deze middelen streven. Telkens valt op hoe innig de verhouding van homeopathische artsen met deze fabrikanten is. Het artikelje van Rutten en Jansen wordt bijvoorbeeld geïllustreerd met drie grote foto's uit de fabriek van VSM die in de verste verte geen relatie hebben met de tekst. Het wordt kwakzalverijbestrijders niet makkelijk gemaakt om steeds maar weer in de goede trouw van homeopaten te blijven geloven. ●

C.P. van der Smagt

Klinisch geneesmiddelenonderzoek

Bij het beoordelen van claims aangaande de werkzaamheid van therapieën is het van groot belang op de hoogte te zijn van de eisen waaraan een klinisch geneesmiddelenonderzoek moet voldoen.

Wanneer men de onderzoeken naar de werkzaamheid van alternatieve geneesmethoden onderwerpt aan een kritische analyse, gebaseerd op algemeen aanvaarde criteria zoals die in dit artikel naar voren gebracht worden dan, zo voorspel ik, zal geen enkele van de daarin verwoorde conclusies stand kunnen houden.

Tot zo'n vijftig jaar geleden stelde de behandeling van patiënten met geneesmiddelen maar zelden op de resultaten van degelijk wetenschappelijk onderzoek en werden therapieën ingegeven door geloof, anecdotische waarnemingen, overlevering, traditie, ongefundeerd gezag van leermeesters en wat dies meer zij. Aan het einde van de veertiger jaren is men zich bewust geworden van de noodzaak, in het bijzonder bij chronische interne aandoeningen met een wisselend beloop, zich meer duidelijkheid te verschaffen over de waarde van medicamenteuze behandelingen. In die tijd wer-

den de eerste gerandomiseerde, gecontroleerde, dubbelblinde "clinical trials" ontworpen en uitgevoerd, in het bijzonder bij tuberculose en reumatoïde artritis. Dit klinisch geneesmiddelenonderzoek wordt als de meest objectieve vorm van klinisch wetenschappelijk onderzoek beschouwd, in hiërarchische volgorde gevolgd door het niet-gerandomiseerde (zie verder) prospectieve onderzoek, het retrospectieve onderzoek, de gevalbeschrijving ("case history") en de klinische anecdote. Ondanks deze ontwikkelingen bevinden zich nog veel therapieën in de mystieke en mythische fase. Zo is pas zeer onlangs door goed onderzoek voor het eerst vast komen te staan dat digitalis bij hartfalen met normaal hartritme, werkzaam is en dat magnesiumsulfaat een probaat middel is ter voorkoming van zwangerschapsvergiftiging.

Goed klinisch geneesmiddelenonderzoek is noodzakelijk voor een

vervolg op pagina 4

optimale, zo min mogelijk schadelijke behandeling van zieken en voor kostenbeheersing. Het voorkomt een onwetenschappelijke uitoefening van van de geneeskunde.

Onderzoeken zonder controlepatiënten of waarbij gebruik gemaakt wordt van zogenaamde "historische" controles hebben vrijwel nooit enige waarde.

Bij zo'n onderzoek behoren de patiënten willekeurig ("gerandomiseerd") toegewezen te worden aan de actieve behandeling of behandeling met placebo (onwerkzaam preparaat dat in geen enkel opzicht te onderscheiden is van het actieve middel) dan wel een ander (meestal reeds beproefd) middel. De patiënten uit de beide groepen mogen in demografisch en klinisch opzicht niet verschillen. Van de patiënten wordt eerst beoordeeld of zij voor het onderzoek in aanmerking komen. Pas daarna behoort indeling in behandelgroepen plaats te vinden. Een dergelijk onderzoek noemt men een gecontroleerd onderzoek. Onderzoeken zonder controlepatiënten of waarbij gebruik gemaakt wordt van zogenaamde "historische" controles hebben vrijwel nooit enige waarde. Voorts mogen noch de beoordelaars noch de patiënten weten welke behandeling gegeven is ("dubbelblind") en moeten bij de beoordeling alle in het onderzoek opgenomen patiënten, ook degenen die overleden of om welke reden dan ook afvielen, betrokken worden ("intention to treat"-beoordeling).

In hoofdzaak verloopt het klinisch geneesmiddelenonderzoek in vier fasen: ■ I: het verkrijgen van een eerste indruk over de toxicologische en farmacologische eigenschappen bij menselijke vrijwilligers. Door voorzichtige dosisverhoging krijgt men inzicht in het farmacologische effect, de farmacokinetiek en de bijwerkingen. ■ II: het vaststellen van de werkzaamheid en de schadelijkheid bij een klein aantal patiënten. Men probeert dosis-responsie-curven te verkrijgen, er wordt onderzoek gedaan naar het metabolisme en de farmacodynamiek en verder onderzoek naar farmacokinetiek en bijwerkingen. ■ III: Hierbij wordt de verhouding werkzaamheid:schadelijkheid bepaald bij grotere aantallen patiënten. Er wordt vergeleken met placebo of standaardmedicatie en gekeken naar geneesmiddeleninteracties en de therapeutische breedte. ■ IV: hierbij probeert men uitbreiding van de informatie te verkrijgen na het op de markt komen van het middel, in het bijzonder met

betrekking tot bijwerkingen en andere toepassingen ("post marketing"-onderzoek).

In hoofdzaak hebben klinisch werkzame artsen op vier manieren te maken met klinisch geneesmiddelenonderzoek: bij het lezen en beoordelen van medische literatuur; wanneer zij als onderzoeker zelf deelnemen aan klinisch geneesmiddelenonderzoek; bij passieve en actieve contacten met de geneesmiddelenindustrie (reclame, artsenbezoekers, symposia); bij de besluitvorming omtrent de behandeling van patiënten. Op deze situaties zal hieronder kort worden ingegaan.

Kritische beoordeling van de literatuur

Bij de beoordeling van een verslag van een klinisch geneesmiddelenonderzoek dient de lezer zichzelf een aantal kritische vragen voor te leggen. De belangrijkste hiervan zijn:

- 1. Wat waren de bedoelingen van de auteurs, zijn die accuraat beschreven en klopt de beschrijving met de titel van het artikel?
- 2. Hoe waren de proefpersonen en de controlepersonen geselecteerd? Waren er sociale en medische factoren die de randomisering hadden kunnen storen?
- 3. Was de gebruikte dosering juist, of wellicht (relatief) te laag of irrelevant voor de onderzochte indicatie(s)?
- 4. Was de vorm waarin het middel werd gegeven optimaal om een zo goed mogelijk effect te krijgen?
- 5. Namen de patiënten het geneesmiddel echt in? Hoe werd dit gecontroleerd en wat waren de resultaten van die controle?
- 6. Welke kenmerken werden gemeten en hoe groot is de spreiding van dergelijke metingen?
- 7. Was het onderzoek "open" (goed voor een eerste verkenning) of waren de patiënten geblindeerd (enkelblind) dan wel zowel patiënten als waarnemers (dubbelblind)?
- 8. Was het verschil in uitkomst tussen beide behandelingen statistisch significant en klinisch relevant? Was de analyse volgens het "intention to treat"-principe?
- 9. Is er goed en systematisch op bijwerkingen gelet? Doen deze wellicht afbreuk aan de betere werkzaamheid van het onderzochte middel?
- 10. Soms wordt wegens het ontbreken van een statistisch significant verschil geconcludeerd dat het effect van twee behandelingen gelijkwaardig is. De statistiek staat echter in principe deze conclusie niet toe. Men kan alleen met een zekere mate van waarschijnlijkheid stellen dat er geen verschillen zijn indien het aantal patiënten voldoende groot is.

● 11. Wanneer in een verslag medegedeeld wordt dat een onderzoek halverwege werd gestaakt vanwege een groot verschil tussen de actieve behandeling en placebo is wantrouwen gewettigd. Het wijst er op dat met het dubbelblindprincipe is gebroken, terwijl het vaak toevallige schommelingen betreft, die bij voortzetting van het onderzoek afgevlakt zouden kunnen zijn.

● 12. Van groot belang is dat de eindpunten van het onderzoek bij het begin worden gedefinieerd.

● 13. Voorts dient men zich af te vragen of de gehanteerde statistische methoden gebruikelijk zijn, of de publicatie voldoende getallen bevat om e.e.a. na te rekenen en in hoeverre de getallen in de tekst, de tabellen en de illustraties met elkaar overeenkomen.

De volgende adviezen zijn van belang: lees geen verslag van een geneesmiddelenonderzoek zonder randomisatie, onvoldoende beschreven randomisatiemethode, niet goed beschreven eindpunten, een patiëntenpopulatie die niets met de eigen patiëntenpopulatie gemeen heeft, een statistische significantie opgeeft die klinisch geen betekenis heeft, waarin patiënten om onduidelijk redenen verdwijnen of optelsommen niet kloppen.

Zelf deelnemen aan een klinisch geneesmiddelenonderzoek

Niet zelden wordt artsen gevraagd, meestal door een vertegenwoordiger van de geneesmiddelenindustrie, zelf deel te nemen aan een klinisch geneesmiddelenonderzoek. Hierbij moet men zorgvuldig nagaan of aan een groot aantal voorwaarden wordt voldaan. In de eerste plaats moet men nagaan of het onderzoekprotocol voldoet aan de voorafgaande eisen. Voorts moet het protocol getoetst worden aan ethische normen, die o.a. zijn vastgelegd in de "Helsinki Declaration". In veel ziekenhuizen bestaat een ethische commissie die o.a. tot taak heeft het protocol in dit opzicht te toetsen. Van groot belang is dat de patiënten een verklaring van "informed consent" tekenen. Dit mag niet gezien worden als een formaliteit, maar houdt in dat uitvoerige schriftelijke informatie, aangevuld met mondelinge inlichtingen aan de deelnemende patiënt verstrekt worden. In het bijzonder moet gewezen worden op de mogelijkheid dat een onwerkzaam of een nieuw middel, waarvan nog niet alles bekend is, wordt voorgeschreven, en op het recht ten alle tijde zonder opgave van redenen uit het onderzoek te treden. Ook moet duidelijk gemaakt

Veel klinisch geneesmiddelenonderzoek dient geen klinisch-wetenschappelijk doel maar beoogt veeleer het te onderzoeken middel meer bekendheid te geven.

worden waar de deelnemende patiënt met klachten over de gang van zaken tijdens het onderzoek terecht kan.

In het protocol dient precies te zijn vastgelegd welke de insluitcriteria zijn en welke patiënten van het onderzoek uitgesloten moeten worden, wanneer controles plaatsvinden, wat daarbij onderzocht moet worden, wat de eindpunten zijn, welke statistische methoden bij de beoordeling van de resultaten gehanteerd zullen worden, hoe de registratie en melding van bijwerkingen is geregeld en onder welke omstandigheden een patiënt uit het onderzoek genomen moet worden.

Met de industrie die het onderzoek wil laten doen dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden over o.a. aansprakelijkheid bij schade (voor de deelnemende patiënten moet een verzekering worden afgesloten), vergoeding van gemaakte kosten, waaronder die welke de patiënten maken wegens tijdsbeslag en reizen. Ook moet worden vastgelegd of de resultaten van het onderzoek gepubliceerd zullen worden en, zo ja, in welk tijdschrift en wie zich de auteurs mogen noemen. Voorts dient de industrie uitvoerige schriftelijke informatie over het te onderzoeken middel te verschaffen. Het betreft vooral chemische, farmacodynamische en farmacokinetische eigenschappen, uitkomsten van onderzoeken naar toxiciteit, teratogeni- en mutageniteit en te nemen voorzorgen bij orgaanfunctiestoornissen (vooral lever en nieren), zwangerschap en lactatie. Overleg met de ziekenhuisapothecker of de geneesmiddelencommissie is onontbeerlijk.

Veel klinisch geneesmiddelenonderzoek dient geen klinisch-wetenschappelijk doel maar beoogt veeleer het te onderzoeken middel meer bekendheid te geven. Het is dus van belang, alvorens zo'n onderzoek te beginnen, gedetailleerd onafhankelijk literatuuronderzoek te verrichten om na te gaan of men niet de bekende weg gaat onderzoeken. Het accepteren van meer geld dan nodig is om kosten en tijdsbeslag te dekken, van geschenken, reizen, apparatuur etc. is in het kader van klinisch geneesmiddelenonderzoek onethisch en niet acceptabel. In veel landen is het klinische geneesmiddelenonderzoek onderworpen aan wettelijke regels.

Contacten met de geneesmiddelenindustrie

Contacten met de geneesmiddelenindustrie hebben artsen in hoofdzaak door confrontatie met advertenties, ontvangen van "mailings", bezoek van vertegenwoordigers, uitnodigingen voor bijwonen van symposia en verzoeken om deel te nemen aan klinisch geneesmiddelenonderzoek. Wat het laatste betreft kan verwezen worden naar het voorafgaande.

De belangrijkste doelstelling van de geneesmiddelenindustrie is het maken van winst. Hier is op zich niets tegen. Hun concurrentiepositie is een prikkel voor het leveren van kwaliteit terwijl een belangrijk deel van de inkomsten geïnvesteerd wordt in de ontwikkeling van nieuwe producten. Vanzelfsprekend worden daarnaast grote bedragen geïnvesteerd in promotie en reclame. De geneesmiddelenindustrie neemt hierbij een bijzondere positie in, omdat, anders dan bij "normale" industriële producten, degene die tot de aanschaf van het product besluit niet de consument is. De inzet is daarbij de volksgezondheid, hetgeen de arts die een product voorschrijft dwingt tot een bijzonder kritische instelling en de industrie tot een hoog maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef. Hoewel de

meeste grote en gerenommeerde geneesmiddelenindustrieën vanuit dit besef opereren kan niet verheeld worden dat de tegenstelling tussen de noodzaak winst te maken en de maatschappelijke verantwoordelijkheid, er toe leidt dat advertenties en andere op promotie gerichte geschriften weliswaar geen onjuistheden bevatten maar niet zelden bepaalde aspecten accentueren en andere minimaliseren of weglaten. Dit heeft er in veel landen toe geleid dat advertentieteksten vergezeld dienen te gaan van volledige bijsluiterteksten, die op zich moeten voldoen aan bij de toelating van het middel door gouvernementele inspecties voorgeschreven eisen. Bovendien zal de arts bij de beoordeling van een middel uit moeten gaan van informatie ontleend aan literatuur verschenen in onafhankelijke tijdschriften met kritische redacties.

Het is te hopen dat in de toekomst bij de registratie van alternatieve middelen de producent moet aantonen dat zij de toets van het als boven beschreven klinische geneesmiddelenonderzoek zonder kleerscheuren doorstaan hebben. ●

J. Geerling

De kwakzalver, de subsidies en de consument

Reeds eerder maakten wij melding van het met een subsidie van 2 miljoen gulden gesponsorde onderzoek naar de waarde van acupunctuur bij de tennisarm. Voorzitter Oei-Tan van de NAAV was in 1995 door het dulle heen, toen de Ziekenfondsraad haar organisatie dit enorme bedrag toekende. Zij beschouwde het als 'haar geld' en was weinig geneigd om zich veel aan te trekken van de eisen, die de vakgroep klinische epidemiologie en anaesthesiologie van het academisch ziekenhuis Dijkzigt stelden voor medewerking aan het onderzoek. Uw bestuur heeft de voortgang van dit fraaie staaltje van een 'randomised trial of an absurd claim' intensief begeleid. Allereerst met een protestbrief aan Erdmann, de hoogleraar anaesthesiologie van het AZR, die zich niet

vervaardigde om op ons schrijven te reageren. Hetzelfde gold voor de medisch-ethische commissie van het AZR, die kennelijk goedkeuring aan het onderzoek had verleend. Ons verzoek om inlichtingen over hun overwegingen werd niet beantwoord. Het onderzoek kwam niet van de grond en er was binnenskamers zelfs sprake van flinke ruzie met de weinig coöperatieve Oei-Tan. De Ziekenfondsraad zat er toenemend mee in de maag en liet ons in 1998 weten grote spijt te hebben van haar subsidie ('Dit is een goede les voor ons'). Begin januari 2000 werd bekend, dat het College voor zorgverzekeringen (de opvolger van de Ziekenfondsraad) heeft besloten het project ontwikkelingsgeneeskunde 'Effectiviteit van acupunctuur bij tenniselleboog'

vervolg op pagina 6

Tabel 2 ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN enquête

Organisatie	tel.	rapportcijfer 1998	rapportcijfer 1999		
Alle leden hebben een in de Wet BIG geregeld beroep				Vervolg niet alle leden hebben een in de Wet BIG geregeld beroep	
ARTSENVERENIGING TER BEVORDERING V.D. NATUURGEEESKUNDE (ABNG) ⁽⁴⁾⁽¹³⁾	(020)6440794	5,9	8,9	NEDERLANDSE VERENIGING VOOR EURYTHMITHERAPIE ⁽⁶⁾⁽⁸⁾	(030)2721853 3,1 6,2
VERENIGING VAN HOMEOPATHISCHE ARTSEN IN NEDERLAND (VHAN) ⁽¹⁾	(0317)426908	9,5	8,7	VERENIGING VOOR PARANORMALE GENEESWIJZE (VPG) ⁽⁵⁾	(0317)616084 5,5 6,2
NEDERLANDSE VERENIGING VAN ANTROPOSOFISCHE ARTSEN (NVAA) ⁽⁶⁾	(0343)533538 ⁽¹⁵⁾	5,4	8,4	NEDERLANDS INSCOPISTEN GILDE (NIG) ⁽¹¹⁾⁽¹³⁾	(015)2125221 3,3 6
NEDERLANDSE ARTSEN ACUPUNCTUR VERENIGING ⁽³⁾	(030)2474630 ⁽¹⁶⁾	2,1	8,3	NEDERLAND GENOOTSCHAP VOOR ACUPUNCTUR (NGVA) ⁽¹³⁾	(035)6232753 5,9 5,8
NEDERLANDSE VERENIGING VAN ANTROPOSOFISCHE FYSIOTHERAPIE ⁽⁶⁾	(010)4205580	3,2	7,9	STICHTING VAN GEMERT CENTRUM ⁽⁹⁾⁽¹¹⁾	(024)3239935 ⁽²⁰⁾ 3,2 5,8
NED. VER. VAN ARTSEN MANUELE GENEESKUNDE (NVAMG) ⁽²⁾	(070)3868249	7,2		VERENIGING MORA-THERAPEUTEN NEDERLAND ⁽¹⁴⁾	(038)4548994 4,8 5,8
VERENIGING VAN MANUELE THERAPEUTEN (VMT) ⁽²⁾	(0572)362426	5	6,4	VER. VAN NEDERLANDSE REFLEXZONE THERAPEUTEN (VNR) ⁽¹⁴⁾⁽⁹⁾	(070)3821618 ⁽¹⁷⁾ 4 5,7
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR NEURAALTHE ERAPIE/REGULATIETH ERAPIE	(078)6314357 ⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾	5,2	6,2	NED. STICHTING TER BEVORDERING TIBETAANSE GENEESKUNDE ⁽¹⁴⁾	(020)6254138 0,6 5,6
NEDERLANDSE ASSOCIATIE VAN GEDIPLOMEERDE OSTEOPATEN (NAGO) ⁽²⁾	(020)6463955	4,1	6	VERENIGING REBIRTH HOLLAND ⁽⁷⁾	(075)6313953 7,4 5,4
NED. VER. TOT BEVORDERING VAN DE BIOLOGISCHE TANDHEELKUNDE ⁽¹³⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾	(0251)315484	5,8	2,5	NEDERLANDSE VAKVERENIGING NEUROPSYRGEN ⁽⁴⁾	(033)4940097 5,3
Niet alle leden hebben een in de Wet BIG geregeld beroep				BEROEPSVER. TRAINERS/THERAP. EMOTIONEEL LICHAAMSWERK (BETTEL) ⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾	(0182)583207 5,6 5,3
NEDERLANDSE VERENIGING VAN KLASSEK HOMEOPATEN (NVKH) ⁽¹⁾	(0172)499595	5,9	9,5	NEDERLANDSE BEROEPVERENIGING VOOR GESTALTHERAPIE ⁽⁷⁾	(040)2551003 4,2 5
NED. WERKGROEP V. PRAKTIJZJNS IN DE NATUURLIJKE GENEESKUNST (NWP) ⁽¹²⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁴⁾	(033)4953133 ⁽¹⁷⁾	5,9	9,4	NED. VERENIGING VAN BIODYNAMISCHE THERAPEUTEN (NVBT) ⁽⁷⁾	(071)5680863 ⁽¹⁷⁾ 3,2 5
LANDELIJKE VERENIGING NATUURLIJKE GENEESWIJZEN ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾	(0165)330524	6,8	9,1	NED. ORDE VAN ALTERNATIEVE GENEZERS (NQAG) ⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾	(0346)2563607 5
STICHTING ANALYTISCHE SYNTHETISCHE RESPONSE-THERAPIE (ASR) ⁽¹⁴⁾	(074)2770220	8	9,1	NED. VERENIGING T.B.V. ANTROPOSOFISCHE PSYCHOTHERAPIE ⁽⁶⁾	(015)3801140 6,7 4,8
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ACUPUNCTUR (NVA) ⁽³⁾	(033)4616141	6,6	8,6	ORGANISATIE VOOR PARANORMALE GENEZERS (NFPN) ⁽⁵⁾	(030)6872057 5,5 4,6
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR MESOLOGIE ⁽¹⁴⁾	(020)6827788	8	8,5	ASTROLOGISCHE VAKVERENIGING NEDERLAND	(0513)3608737 4,4
VERENIGING VAN HAPTOTHERAPEUTEN (VHH) ⁽⁹⁾	(020)4887116	4,4	8,3	VERENIGING VAN TRANSPERSOON LIJK PSYCHOTHERAPEUTEN ⁽⁷⁾	(0513)3529533 3,3 4,2
VERENIGING VOOR IOKAI SHIATSUTHERAPEUTEN ⁽²⁾	(0299)434727	2,7	8,3	VER. VOOR KUNSTZINNIGETHERAPIE OP ANTROPOSOFISCHE GRONDSLAG ⁽⁶⁾	(033)4756328 ⁽²¹⁾ 2,8 4,1
NEDERLANDSE GILDE VAN HYPNOTHERAPEUTEN (NGHV) ⁽⁷⁾	(020)6759486	5,7	8,2	GILDE VAN SIMONTONTHERAPEUTEN ⁽⁹⁾	(0521)592849 1,7 4
VERENIGING REBALANCING NEDERLAND ⁽⁹⁾	06-55701558 ⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾	4,1	8,2	NED. VER. VAN LERAREN IN DE F.M. ALEXANDERTECHNIEK (NEVLAT) ⁽⁸⁾	(020)6255163 2,2 3,8
NED. VERENIGING VOOR TRAD. CHINESE GENEESKUNDE ZHONG (NYTCG ZHONG) ⁽³⁾	(0172)495501 ⁽¹⁸⁾	3,5	8	NED. VER. VAN ANTROPOSOFISCHE VERPLEEGKUNDIGEN ⁽⁶⁾	(0575)544461 4,6 3,8
BEROEPSGEMEENSCH. V. PSYCHOSOC. HULPVERL. WERKEND VANUIT ANTROPOSOFIE ⁽⁴⁾	(0345)555563	3,3	7,9	MIJ. TER BEVORDERING V.D. ORTHOMOLECULAIRE GENEESK. (MBOG) ⁽¹³⁾	(030)4092712 ^(1,3) 2,9
NEDERLANDSE VERENIGING VAN REÏNCARNATIETHERAPEUTEN (NVRT) ⁽⁴⁾⁽⁷⁾	06-53564223	3,7	7,5	ASTROLOGISCHE ASSOCIATIE (ASAS) ⁽¹²⁾	(026)3231818 2,8
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOTHERAPIE EN EXISTENTIELE ANALYSE ⁽⁷⁾	(013)652228	7,4		VERENIGING VAN YOGALEERKRACHTEN NEDERLAND ⁽⁸⁾	(076)5653157 ⁽²³⁾ 2,7
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OSTEOPATHIE (NVO) ⁽²⁾	(0118)611096	8,1	7,3	SHIATSU WERKGROEP NEDERLAND	(0495)492704 ⁽²⁴⁾ 2,1
NEDERLANDSE CHIROPRACTOREN ASSOCIATIE (NCA) ⁽²⁾	(0513)412041	4,3	7,3	BEROEPSVER. VAN REGRESSIE THERAPEUTEN (BRET) ⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹¹⁾	06-22574014 1,3
BEROEPSVERENIGING VOOR COUNSELORS (NVPA) ⁽⁷⁾	(0413)330680	4,8	7,2	INTERNAT. COLLEGE OF APPLIED KINESIOLOGY (ICAK-B) ⁽²³⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	(053)4771326 ⁽²⁵⁾ 0,9
VERENIGING VAN INTEGRAAL THERAPEUTEN (VIT) ⁽²⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽¹⁴⁾	(043)4094497	4,3	7,2	STICHTING TAI CHI CHUAN NEDERLAND (STN) ⁽⁸⁾	(030)2515103 ⁽²⁶⁾ 0 0,8
VERENIGING VAN NATUURGEEESKUNDIG THERAPEUTEN (VNT) ⁽⁴⁾	(033)4726003	4,9	7,2	Beroepsorganisaties die in 1999 niet (meer) Deelnemen	
NEDERLANDS COLLEGE VAN PARANORMALE GENEZERS (NCP) ⁽⁵⁾	(070)3869005	5,1	7,1	DE WILG LANDELIJKE INFORMATIEPUNT BACH BLOESSEM THERAPIE	27)
NEDERLANDSE BEROEPSVERENIGING VAN HYPNOTHERAPEUTEN (NBVH) ⁽⁷⁾	(030)480437	4,5	7,1	LANDELIJKE VERENIGING PSYCHOSOCIAAL WERKENDE NED.	28)
VER. BETER NATUURLIJK SECTIE THERAPEUTEN ⁽¹⁴⁾ (ONDER DE GROENE PANNAN)	(073)5217912	5,4	7	NEDERLANDS INSTITUUT VOOR BIO-ENERGETISCHE ANALYSE	29)
VLAAMS NEDERLANDS GESTALTNETWERK ⁽⁷⁾	(070)3853853	4,3	7	NEDERLANDSE VERENIGING VAN CHIROTHERAPEUTEN	30)
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR POSTURALE INTEGRATIETHERAPIE (NVPT) ⁽⁷⁾⁽⁹⁾	(0592)458111	4,9	7	NEDERLANDSE FELDENKRAIS VERENIGING	31)
NEDERLANDSE VERENIGING VAN SHIATSU THERAPEUTEN (NVST) ⁽¹⁰⁾	(035)5266331 ⁽¹⁹⁾	2,2	6,8	NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HYPNOSE	27)
NED. VERENIGING VAN DIETISTEN WERKZAAM VANUIT DE ANTROPOSOFIE ⁽⁶⁾	(024)3552978	5	6,6	NEDERLANDSE VERENIGING VOOR MANUELE THERAPIE	31)
VERENIGING VAN GENEZERS VANUIT PSYCHOSOFIA (VGP) ⁽⁷⁾⁽¹¹⁾	(0224)212928	1,2	6,5	NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PODO ORTHESIOLOGEN	31)
VERENIGING VAN NEURO-REFLEX-THERAPIE (VNR) ⁽¹⁴⁾	(030)6562033	1,2	6,5	NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PODOKINESIOLOGIE	31)
VERENIGING ADDITIEVE GENEZERS (VAG) ⁽⁵⁾	(040)2813336	3,5	6,5	NEDERLANDSE VERENIGING VOOR TRANSCACTIELE ANALYSE	27)
NED. VERENIGING VOOR GEESTELIJKE- EN NATUURGEEESWIJZEN (NVGN) ⁽⁵⁾	(020)6597574	5	6,4	VERENIGING VOOR UNITIEVE PSYCHOTHERAPIE	29)
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR SPEYERTHERAPIE (NVVS) ⁽⁷⁾	(0118)636260	4,8	6,4	BOND VAN EUROPESE REFLEXOLOGEN	29)
VER. TER BEVORDERING VAN ALTERN.GENEESWIJZEN (VBA) ⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	(0515)576331	4,8	6,2	VERENIGING E.A.T.R.G.	27)
FED. VOOR ADITIEF GENEESKUNDIG THERAPEUTEN (FAGT) ⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	(0570)561943	9,7	6,2		

- 1 Homeopathie
- 2 Manuele geneeskunde
- 3 Acupunctuur
- 4 Natuurgeneeswijze
- 5 Paranormale geneeswijze
- 6 Antroposofische geneeswijze
- 7 Alternatieve psychotherapie
- 8 Houdings- en bewegingstherapie
- 9 (lichaamsgerichte) psychosociale begeleiding
- 10 Massage
- 11 Spirituele genezing
- 12 Astrologie
- 13 Voedingstherapie
- 14 Overige geneeswijzen
- 15 Niet op vrijdag
- 16 Tijdens middagen
- 17 Tijdens ochtenden
- 18 Maandag tot en met donderdag van 10-16 uur

- 19 Van 8-10 uur en na 17 uur
- 20 Niet op vrijdagmiddag
- 21 Op dinsdag van 14-17 uur
- 22 Op maandag en woensdag
- 23 Tijdens ochtenden Op maandag, woensdag en vrijdag
- 24 Maandag tot en met vrijdag van 9-21 uur
- 25 Van 16-22 uur
- 26 Op woensdag van 1 9-20 uur
- 27 'Wij zijn geen altnatieve beroepsorganisatie'
- 28 'Onderzoekstijdstip komt ongelegen'
- 29 'Wij distantiëren ons van het onderzoek'
- 30 Adres onbekend
- 31 'Wij zijn recent gefuseerd'

De rapportcijfers uit het rapport

voortijdig stop te zetten. Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald, maar rijkelijk laat is het wel.

Met deze beschamende vertoning is voorzover ons bekend het laatste nog lopende en van overheidswege gesubsidieerde project op het gebied van effectiviteitsonderzoek naar alternatieve geneeswijzen dus gesneuveld. Dit relict van de jaren '80, toen Muntendam in zijn rapport stelde, dat de reguliere geneeskunde uit onwil en om politieke redenen geen onderzoek wenste te doen naar alternatieve behandelwijzen, is hiermee waarschijnlijk wel definitief ten grave gedragen. Het ten behoeve van de kwakzalverij gevorderde belastinggeld wordt thans nog vrijwel exclusief besteed aan 'kwaliteitsbeleid' van alternatieve organisaties. Nu de werkzaamheid van al die alternatieve interventies maar niet aantoonbaar bleek, veranderde VWS zijn strategie. Kwaliteitsbeleid is in de mode en als de minister straks in het parlement de wet BIG gaat evalueren, dan zal zij – in het Tijdperk van de Vrije Kwakzalvers – toch met iets tastbaars moeten komen.

De kwaliteit van de kwakzalver

In mijn jaarrede van 1998 schetste ik u al de contouren van dit VWS-be-

leid. Geen waarschuwingen tegen kwakzalvers en geen voorlichting over al dat op niets uitgelopen en VWS-gesubsidieerd effectiviteitsonderzoek, nee: hulp bij kwaliteitsbeleid en onderzoek of dat wel geholpen heeft. Meer of minder eerbiedwaardige instellingen als het Centraal Begeleidings Orgaan (CBO), het Nederlands Instituut voor Eerste Lijns-onderzoek (NIVEL) en de consumentenbond ontvingen de opdracht om aan dit proces bijdragen te leveren. Honderdduizenden guldens waren hiermee gemoeid. De Consumentenbond heeft intussen niet stil gezeten en produceerde in december 1999 alweer haar tweede rapport over dit onderwerp: 'Kwaliteitssysteem alternatieve beroepsorganisaties'. Een samenvatting ervan werd opgenomen in de Consumentengids van december 1999 en een exemplaar van het volledige rapport, van de hand van onderzoekster drs. B. van Iersel, is te bestellen onder tel. 070-4454545. In 1998 en opnieuw in 1999 werden de leden van zo'n 80 beroepsorganisaties van alternatieve genezers aangeschreven met een

vragenlijst. De kwaliteit van het gebodene werd beoordeeld aan de hand van 28 criteria (zie kader kwaliteitscriteria pag.7). Een aantal organisaties, dat in 1998 nog had meegegaan waren in 1999 spoorloos, gefuseerd of opgeheven, terwijl zich ook nieuwkomers meldden. De Vereniging van Chiropractoren (spreek uit: girotherapeuten) bleek in 1999 onvindbaar, nieuwkomers waren o.a. de Astrologische Associatie (AS-AS), de Nederlandse Vereniging Neuropsychiatrische en de Beroepsvereniging van Regressie Therapeuten (BreT), terwijl de Wilg Landelijk Informatiepunt Bach Bloessem Therapie zich terugtrok omdat men zich bij nader inzien niet als alternatief wenste te beschouwen.

De beoordeling resulteerde in rapportcijfers, die ook in het rapport staan vermeld (zie rapportcijfers, afkomstig uit het rapport). In 1998 behaalde slechts 10 van de 78 organisaties een voldoende (>6,0) dwz 13%, terwijl dat in 1999 was opgelopen

Tabel 2 uit het rapport: Scores enquetes versus visitatie

Beroepsvereniging	Schriftelijke enquête 1998	Schriftelijke enquête 1999	Na visitatie
ASR	8,0	9,1	6,7
VHAN	9,5	8,7	5,9
NVO	8,1	7,3	3,7
FAGT	9,7	6,2	3,5

pen tot 45 van de 72 (=63%). Deze cijfers zijn alleen gebaseerd op schriftelijke door de genezers zelf aangeleverde gegevens. De kans leek daarbij a priori vrij groot, dat Nijhoff's adagium 'Puinhopen zien en zingen van mooi weer!' hier opgeld zou doen. Interessant was daarom dat er in 1999 voor het eerst ook objectiever onderzoek plaats vond bij vier beroepsorganisaties: de Vereniging van Homeopathisch Artsen Nederland (VHAN), de Stichting Analytische Synthetische respons-therapie (ASR), de Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO) en de Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT). Deze vier werden gekozen omdat zij in 1998 de hoogste score hadden behaald. De praktijkmeting vond op twee manieren plaats: visitatie en (niet aangekondigde) mysterietelefoontjes. De mysteriebellers meldde zich aan met als klacht migraine, een klacht waarvoor alle vier organisaties goede hulp meenden te kunnen bieden. Deze praktijkmeting leidde tot een gemiddelde daling van het rapportcijfer met maar liefst 3 punten, waarbij alleen de ASR nog een voldoende overhield (zie tabel 2). Het rapport constateert 'een groot gat tussen theorie en praktijk'. Natuurlijk is kwakzalvers niets menselijks vreemd en een beetje jokken, dat hadden wij ook wel verwacht. Dat het verschil tussen de gedane opgaven en de werkelijkheid zo groot zou zijn, dat verbaast zelfs uw doorgewinterde quackwatcher hoo- gelijk.

Het rapport lijkt een belangrijke rol te gaan spelen in de parlementaire discussie over de wet BIG, die naar veler gevoel weer aangescherpt zal moeten worden.

Mysterietelefoontjes

De meeste mysteriebellers waren tevreden met de informatie die ze te horen kregen. Vooral de ASR-genezers deden het goed, zo was er een, die 'uitgebreid vertelde, overvloedig en enthousiast informatie gaf en die zelfs in haar vakantie tijd voor de beller wilde vrijmaken'. De NVO-ers zijn meestal wel vriendelijk, maar gebruiken soms te moeilijke woorden, die ze niet willen uitleggen. Binnen de VHAN was er veel variatie, van 'vriendelijk en beleefd' tot 'onvriendelijk en onbehulpzaam'. De gemiddelde kosten van migraine-behandeling bij de ASR zijn f 1080,- terwijl er in 89% genezing wordt bereikt. Over de beperkingen van de therapie is men ont-wijkend: 'ik ben onze lieve heer niet' of 'de klacht vermindert sowieso' of 'de behandeling slaat bij iedereen

aan, je moet alleen volhouden en niet afhaken'. Een VHAN-er, gevraagd naar zijn tarief, stelde 'Als je er geen geld voor over hebt, moet je de rest van je leven maar met migraine blijven rondlopen'.

De dissonant

Het rapport bevat dus zeker interessante gegevens, hoewel ik nog steeds geen voorstander van dit type onderzoek naar de 'onderkant van de medische samenleving' ben. Veel VtdK-leden denken dat de Consumentenbond een natuurlijke medestander zou kunnen zijn, maar in de praktijk blijkt dat allerminst te kloppen. Ook dit best leuke rapport bevat aan het einde weer een pijnlijke dissonant, die eerdere ervaringen met de Consumentenbond opnieuw doen herleven. Want wat stelt het rapport in zijn commentaar? Lees en huiver: 'Na ons vernietigende oordeel over de kwaliteitsnormen van de alternatieve beroepsorganisaties is er in één jaar heel wat verbeterd. Het overzicht zou nog veel beter worden als de ziektekostenverzekeraars onze strenge eisen (minimaal en voldoende) als leidraad zouden nemen voor het toekennen van vergoedingen. Zonder heldere kwaliteitsnormen, controle en sancties komt de behandelwijze niet in aanmerking voor vergoeding en dat gaat klandizie en dus geld kosten. Voor u heeft een strenger beleid van de verzekeraars de prettige zekerheid dat u weet dat vergoeding gelijk staat aan een kwaliteitswaarborg. Op de lange termijn is dit waarschijnlijk ook de methode om boken en schapen te scheiden en de alternatieve behandelwijzen van het kwakzalversura te ontdoen.'

De consumentenbond blijkt voorstander van vergoeding van totaal zinloze en soms zelfs absurde geneeswijzen in feite al als 'het haar maar goed zit'. De toetsing van de altijd zo kritische consumentenbond beperkt zich zodra het over alternatieve behandelwijzen gaat slechts tot het kader waarin dit geschiedt en gaat geheel voorbij aan de inhoud. Als zij dat ook zou doen bij het beoordelen van stofzuigers, fototoestellen, pindakaas en videorecorders, dan zou de club gauw ter ziele zijn. Wie het begriipt mag het zeggen, maar betreurenswaardig is het wel. Wij zouden immers best een medestander van die omvang kunnen gebruiken.

Slotsom

Welke conclusies kunnen wij uit het rapport trekken? Welnu, als extrapolatie van de beoordeling van de ge-visiteerde genezers naar de niet-ge-visiteerde genezers, die nog een lager rapportcijfer bij elkaar jekten, toegestaan is (en waarom zou dat

Kwaliteitscriteria alternatieve beroepsorganisaties

Opleiding, bij- en nascholing	1. Reguliere opleidingseisen
	2. Opleiding in de alternatieve behandelwijze
	3. Bij- en nascholing
Beroepsreg. & herkenbaarheid	4. Beroepsregister
	5. Herregistratie
	6. Herkenbaarheid van beroepsbeoefenaren
Toepassing van behandelwijze	7. Omschrijving van behandelwijze
	8. Vereiste deskundigheden
	9. Richtlijnen en standaarden
	10. indicaties en begrenzing
	11. Voorschriften medidjnen
Organisatie van zorgverlening	12. Bereikbaarheid
	13. Praktijkinrichting
	14. Patiëntendossier
	15. Hygiënebewaking
	16. Tarieven
Attitude & gedrag	17. Bescherming privacy
	18. Omgang met patiënten
	19. Omgang met collegae
	20. Overdracht en nazorg
Relatie tot de reguliere zorg	21. Informatie over de behandelwijze
	22. Relatie tot reguliere beroeps beoefenaren
Tuchtrecht & klachtopvang	23. Klachtenregeling
	24. Tuchtrecht
	25. Beroepsaansprakelijkheids-verzekering
Kwaliteitsbewa- king & verbetering	26. Betrokkenheid van patiënten
	27. Intercollegiale kwaliteitsstoetsing
	28. Kwaliteitsbewaking door de beroepsorganisatie

Kwaliteitscriteria uit het rapport

niet mogen?) dan blijft er nauwelijks één soort genezer over, die nog een voldoende scoort. Wat een treurigheid: de werkzaamheid van je therapie is niet aantoonbaar en al die zinloze arbeid gebeurt dan ook nog eens op zeer slordige en kwalitatief onvoldoende wijze. Waarom houden ze er eigenlijk – zo gaat er dan door ons heen – niet acuut mee op? En wat valt er dus van VWS-gesteund kwaliteitsbeleid in Godesnaam nog te verwachten? Het rapport lijkt een belangrijke rol te gaan spelen in de parlementaire discussie over de wet BIG, die naar veler gevoel weer aangescherpt zal moeten worden. Of ons parlement ook daadwerkelijk bereid zal zijn om de 'Curierfreiheit' zoals die nu in de wet BIG is vastgelegd weer wat aan banden te leggen, zelfs daar ben ik echter niet zeker van. Hopelijk toont de minister straks zelf dat zij het zicht op de werkelijkheid nog niet verloren is. Genezen is mooi, maar het moet wel helpen. ●

C.N.M. Renckens