

NTtoK

Nederlands Tijdschrift *tegen de* Kwakzalverij

JAARGANG 126 | 2015 | 1



Perianale kwakzalverij

Duurkoop?

Reuma

Het Nederlands Tijdschrift tegen de Kwakzalverij (v/h Actieblad, v/h Maandblad tegen de Kwakzalverij) is een uitgave van de Vereniging tegen de Kwakzalverij, vereniging tot evaluatie van alternatieve behandelmethoden en tot bestrijding van kwakzalverij

ADVIESRAAD

Prof. dr. J. A. den Boer, hoogleraar biologische psychiatrie
Prof. dr. P. Borst, emeritus hoogleraar klinische biochemie
Prof. dr. D. D. Breimer, emeritus hoogleraar farmacologie
Prof. dr. W. M. J. Levelt, emeritus hoogleraar psycholinguïstiek
Prof. dr. A. Rijnberk, emeritus hoogleraar interne geneeskunde gezelschapsdieren

REDACTIE

B. van Dien, ntttdk.r@xs4all.nl

Aanleveren van kopij, maximaal 1500 woorden, in Word. Afbeeldingen dienen als aparte bestanden aangeleverd te worden, elektronische figuren tif- of jpeg-format, minimaal 600 pixels. De redactie behoudt zich het recht voor artikelen en brieven te redigeren en in te korten. De auteurs verlenen impliciet toestemming voor openbaarmaking van hun bijdrage in de elektronische uitgave van het Nederlands Tijdschrift tegen de Kwakzalverij.

Jaarabonnement: € 37,50

Losse nummers: € 9,50

ISSN: 1571-5469

Omslagtekening: *Perianale kwakzalverij* door Peter Welleman

Vereniging tegen de Kwakzalverij opgericht 1 januari 1881
Correspondentieadres: Harmoniehof 65, 1071 TD Amsterdam
tel: 0620616743, e-mail: secretariaat@kwakzalverij.nl

BESTUUR

Voorzitter: mw. C. J. de Jong, anesthesiologe, Amsterdam
Secretaris: prof. dr. F. S. A. M. van Dam, psycholoog, Amsterdam
Penningmeester: drs. R. Giebels, econoom, Amsterdam

LEDEN

G. R. van den Berg, psychiater, Amsterdam
Dr. M. J. ter Borg, MDL-arts, Veldhoven
Dr. T. P. C. Dorlo, farmacoloog, Uppsala
Mr. Th. J. Douma, oud-advocaat, Leiden
Prof. dr. M. W. Hengeveld, emeritus hoogleraar psychiatrie, Leiden
Mw. drs. S. J. M. Josephus Jitta, docente Italiaans, Amsterdam
Dr. J.T. Lumeij, uhd diergeneeskunde, Houten
Dr. C. N. M. Renckens, vrouwenarts n.p., Hoorn
Dr. L. J. A. Stalpers, radiotherapeut, Amsterdam
N. Terpstra, huisarts, Venhuizen
Prof. dr. H. Timmerman, emeritus hoogleraar farmacochemie, Oegstgeest
Prof. dr. M. Vermeulen, neuroloog, Amsterdam
Mw. dr. ir. C. A. Vietsch, Utrecht
M. A. Westerouen van Meeteren, medisch-juridisch adviseur, Vught

ERELID

I. A. van de Graaff (1943-2009)

EREVOORZITTER

Dr. C.N.M. Renckens

De contributie bedraagt minimaal € 45 zulks met inbegrip van een abonnement op het Nederlands Tijdschrift tegen de Kwakzalverij; voor studenten, oio's en leerling-verpleegkundigen € 15; begunstiger wordt men door schenking aan de vereniging van minimaal € 400. Rekeningnummer NL37INGB0000032237 ten name van de penningmeester van de Vereniging tegen de Kwakzalverij, Amsterdam

www.kwakzalverij.nl

Krijgt Meester Kackadoris jaarlijks een tweede nakomeling?

C.N.M. Renckens

Op de veelgelezen website Kloptdatwel.nl van onze vrienden van Skepsis stond op 19 september 2014 een oproep om te gaan stemmen op de door onze Vereniging gepubliceerde shortlist van acht genomineerden voor de Meester Kackadorisprijs 2014 die drie weken later zou worden uitgereikt. De oproep leidde tot 135 stemmen en er werd op de site heftig gediscussieerd over de diverse kandidaten. Er kwam uit deze poll een andere winnaar tevoorschijn dan die welke door de jury uiteindelijk werd gekozen (Pauline Meurs van ZonMw), namelijk de Groningse rector magnificus Sterken die, zoals bekend, de promotie van Hoenders had goedgekeurd. Tweede in de KDW-poll werden *Pauw & Witteman*, Meurs werd slechts vierde.

Bij het VtdK-bestuur komen en kwamen er wel eens verzoeken binnen van leden om ook een stem op de shortlist te mogen uitbrengen. Het bestuur heeft daarover gebrainstormd en de meningen zijn verdeeld. Enerzijds kan het de betrokkenheid bij de leden bij de jaarlijkse Meester Kackadorisprijs toekenning vergroten en anderzijds geeft het het bestuur een indruk van de mening van zijn achterban. Tot nu toe beperkt de inbreng van de leden zich tot het voordragen van kandidaten. Bij bijvoorbeeld

filmfestivals als het Rotterdamse IFFR worden er meerdere (*Tiger Awards*) toegekend na verkiezingen door meerdere gremia. Zo kent men er een publieksenquête, maar ook een juryprijs en een prijs toegekend door de filmjournalisten. Als bezwaar werd in het bestuur naar voren gebracht dat er verwarring zou kunnen ontstaan over de ware prijswinnaar in dat jaar. De jury hield vast aan haar privilege om de belangrijkste prijs toe te kennen en de positionering van de 'publieksprijs', vastgesteld door de VtdK-leden na de elektronische stemming – al of niet samen met stemmen van geïnteresseerde niet-leden – bleef onduidelijk. Hoe moet die prijs gaan heten en hoe wordt hij naar buiten gebracht? Moet die winnaar ook een trofee krijgen en een oproep om te komen naar het jaarcongres of heeft deze tweede ronde slechts curiositeitswaarde? De beraadslagingen binnen het bestuur duren voort. Leden met een idee c.q. mening wordt verzocht zich tot de secretaris te richten. ●

Van Foster's aambeienzalf tot glutenvrije Curanol

C.N.M. Renckens

De website van de MDL-Stichting beschrijft aambeien als volgt: 'Aambeien zijn opgezwollen en uitgezakte zwellichamen. In de endeldarm vlak boven de anus bevinden zich deze zwellichamen. Dit zijn sponsachtige netwerken van bloedvaatjes.

Zwellichamen spelen een belangrijke rol bij het afsluiten van de anus. Als de zwellichamen te veel opzwellen en uitzakken spreken we van aambeien. Aambeien kunnen in de anus zitten. Dit noemen we inwendige aambeien. Soms zijn de zwellichamen zo opgezwollen dat ze naar buiten uitpuilen. In dat geval spreken we van uitwendige aambeien. Aambeien komen vrij veel voor. Vooral mensen boven de 50 jaar hebben last van aambeien. Aambeien zijn in feite onschuldig maar veel mensen ondervinden er last van. Aambeien komen bij vrouwen vaker voor dan bij mannen.'

De klachten zijn vaak beperkt, maar kunnen bestaan uit pijn, branderigheid, jeuk en bloedverlies. De behandeling bestaat uit zalven en/of zetpillen, terwijl soms een chirurgische ingreep nodig is. Schaamte weerhoudt veel mensen ervan dit probleem aan de orde te stellen bij naasten of huisarts. De omzet van Sperti en aanverwante middelen in de drogist profiteert ervan.

Dat geldt ook al lange tijd voor kwakzalvers die zich graag op dit terrein begeven.

FOSTER'S AAMBEIENZALF

De Britse firma Foster maakte begin twintigste eeuw volop reclame voor haar patentmiddelen en in het Verenigingsarchief bevindt zich een fraaie brochure uit 1910 waarin behalve voor nierenpillen en maagpillen reclame wordt gemaakt voor Foster's aambeienzalf. De diverse middelen werden reeds in 1904 en 1905 besproken in het *Maandblad tegen de Kwakzalverij*, dat de samenstelling onthulde, constateerde dat de werking nihil was en bovendien kon melden dat bij het natrekken van de vier geciteerde tevredenheidsbetuigingen door de Maastrichtse gezondheidscommissie, drie der zogenaamd genezenen niet waren te vinden, terwijl de vierde de pillen noch de zalf ooit gebruikt had.

HOMEOPATHIE TEGEN AAMBEIEN

Ook de homeopathie, die destijds in ons land niet erg was doorgedrongen, pretendeerde een oplossing te kunnen bieden voor het netelige probleem. Zo beschrijft dr. C. Muller in zijn *De*

WACHT U VOOR NAMAAK VAN FOSTER'S RUGPIJN NIEREN PILLEN.

AAMBEIEN en ECZEMA.

JEUKENDE AAMBEIEN	Blijvend Genezen.
BLOEDENDE AAMBEIEN	Blijvend Genezen.
DROGE AAMBEIEN	Blijvend Genezen.
ECZEMA	Blijvend Genezen.

DOOR FOSTER'S ZALF.

De kweltende prikkeling van aambeien (jeukende, bloedende of droge), eczema, goddeloosheid, of eenige andere jeukende huid-aandoening wordt versnacht door de eerste aanwending van Foster's Zalf; en zelfs hardnekkige gevallen, die jaren lang weerstand hebben geboden aan andere behandelingen, moeten spoedig zwichten voor deze heilzame zalf.

Foster's Zalf is bijzonder versachtend, heilend en antiseptisch. Niet alleen geeft zij baat in ieder geval, waarbij de gebruiksaanwijzing zorgvuldig wordt opgevolgd, maar ook zijn de geringste azen slijpend, zooda de volgende dankbare getuigenissen bewijzen:

JEUKENDE AAMBEIEN.

Meisjuffrouw J. M. VAN BRAKEL, Annastraat 12 te Rotterdam, berichtte ons: „Ruim vijf jaren heb ik vreeslijk veel hinder gehad van aambeien, welke erg jeuking en oetelingen veroorzaakten, zoodat ik soms niet kon zitten. De pijn, die endoor ontstond, hellette mij ook meergemaal hetloopen. Vele middelen heb ik tevergeefs toegepast, totdat ik Foster's Zalf leerde kennen. Nadat ik eenige doosjes gebruikt had, kon ik een aanmerkelijke verlichting constateren. Ik zal nu nog een poosje met uw geneesmiddel voortgaan toenside geheel van mijn kwaal te worden verlost.“

Ruim 4 maanden daarna: „Ik ben totaal van mijn cuvel genezen. Foster's Zalf is een prachtig geneesmiddel en ik kan haare aan iedereen ijder aan dezelfde kwaal als mijn vroeger, met vertrouwen aanbevelen.“

25 maanden daarna: „Sedert mijn vorige verlichting heb ik geen last meer van aambeien gehad. Uw zalf heeft mij er dus totaal van afgeholpen.“

(Grt.) J. M. VAN BRAKEL.



DROGE, UITWENDIGE AAMBEIEN.

Verschrikkelijke jeuking en pijn.

Foster's Zalf bracht hulp.

De heer H. VAN HEZEL, Waterstraat 86 te Zwolle, berichtte ons: „Ik kan u mededeelen, dat ik met veel succes gebruik heb gemaakt van Foster's Zalf tegen droge, uitwendige aambeien. Deze kwaal heeft mij heel wat onangename uren berokkend door de verschrikkelijke jeuking en pijn. 's Nachts moest ik er dikwijls het bed voor uit en trachtte ik met koudwater-omslagen de pijn en jeuk weg te nemen. Met blijdschap mede ik u daarom de goede haat, die ik ondervond door het gebruik van Foster's Zalf.“

Ruim een jaar daarna zegt Med. v. Hezel: „Ik kan bevestigen wat mijn man u reeds schreef, dat uw zalf hem prachtig voldaan heeft.“

(Grt.) H. VAN HEZEL.

Homoeopathische Huisdokter (vertaald uit het Duitsch door A. Dupont, geneesheer-directeur van Lozenoord. 1913. Uitgeverij J.H. Kok, Kampen) op pagina 211 zijn aanpak van het probleem: 'Hemorroiden: *Nux vomica* bij personen met zittende levenswijze en gewoon aan het gebruik van verhittende dranken; als de knobbels zeer stijf gespannen zijn; de ontlasting hard en donkergekleurd is, bij pijnlijke bedomptheid in het hoofd. Als het middel wel gewerkt heeft maar nog niet alle bezwaren heeft weggenomen: Sulfur.' Volgen nog *Collinsonia canadensis*, *Aesculus hippocastaneum*, *Belladonna*, *Acid. Phosphoricum*, *Ferrum carbonic* en *China*, *Millefolium*, *Sabina* en 'van de nieuwere medicamenten' *Hamamelis* en *Leptandra*. Bij 'hevige bloedafgang, gelijkend op bloedvloeijing dan is Ipecac of, als dit niet spoedig helpt, Kreosot en in zeer bedenkelijke gevallen koud water of ijs aan te wenden'. 'Zeer goede diensten verleen ook koude wasschingen van den aars en koude zitbaden, evenwel niet te lang en te vaak.'

Die zitbaden zijn ook binnen de reguliere geneeskunde lange tijd nog wel bon ton geweest, al namen zij in mijn studententijd (jaren '60 vorige eeuw) meer het karakter van wisselbaden aan: koud en warm afgewisseld: dat was zogenaamde

'vaatgymnastiek', maar in de huidige richtlijnen zijn de wisselbaden verdwenen. Tegenwoordig lijkt de rol van de homeopathie op dit gladde terrein te zijn uitgespeeld. In de (gelukkig nooit gepubliceerde) *Draft Homeopathy: review and analysis of reports on controlled clinical trials*, een initiatief van de WHO uit 2004, worden geen trials gemeld over homeopathie tegen aambeien. Qua perianaal moeten wij het doen met een Italiaans artikel over de fissura ani ('kloof'): Bignamini M, Saruggia M, Sansonetti G. Homoeopathic treatment of anal fissures using Nitricum acidum. *Berl J Res Hom* 1991; 1: 286-87. Deze kwaal (de anale kloof) zou verbeteren met Acidum Nitricum C9.

NATUURGENEESKUNDE

In de 25ste editie van *De Nieuwe geneeswijze* van pastoor Heuman (1923) worden natuurlijk Heuman's Haemorrhoidaalzalf en -zetspillen warm aanbevolen. Bijkomende raadgevingen luiden als volgt: 'De anus moet door veelvuldige afwasschingen en dennenaaldbaden buitengewoon zuiver gehouden worden. Voor schoonmaken na den stoelgang neme men geen bedrukt krantenpapier, maar men neme voor dit doel altijd wat watten of week onbedrukt papier

mede.' Tot zover de bijdrage van de natuurge-
neeswijze.

In *De Kleine Dokter* van Dr. h.c. A. Vogel, editie 1987, worden de aambeien ook ten tonele gevoerd (pagina 175 e.v.). Men beginne met meer volkorenbrood, fruit en rauwe groente. Er zijn goede 'phytotherapeutische middelen, zoals Curcuma complex (overigens niet gebruiken tijdens de zwangerschap) en Linoforce, want ook psychische verkramping als gevolg van onopgeloste levens vraagstukken, kan obstipatie veroorzaken. Is de obstipatie eenmaal opgeheven, dan kunnen Aesculaforce, Hyperisan en Millefolium goede diensten bewijzen.' Daarnaast is er plaats voor *Hamamelis virginiana* en *Calcium fluoratum*. Ook de thee uit *Tormenti* (bloedwortel) en brandnetels is goed. En tenslotte: 'de anus elke ochtend met koud water wassen.'

CHINESE ACUPUNCTUUR

Deze eeuwenoude techniek lijkt bij uitstek geschikt voor de behandeling van aambeien, maar zelfs de WHO, waarin westerse CAM-artsen en inheemse traditionele genezers uit de Derde Wereld onder een hoedje spelen, kon in haar perfide publicatie *Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials* geen onderzoek naar de werking ervan tegen aambeien vinden (©WHO, 2003). Op het terrein van het UMCG, het Gronings academisch ziekenhuis, wordt daarover in het Hwa To Centre, waar medisch studenten stage kunnen lopen, niet veel anders gedacht. De Vereniging bezit een Patiëntenfolder Hwa To Centre, meegenomen oktober 2014. Onder het type aandoeningen die geschikt zijn voor behandeling met acupunctuur staan daarin ongeveer 100 diagnoses vermeld, waarbij direct al opvallen 'depressies, fobieën, paniekaanvallen, nervositeit, droge mond en schizofrenie'. Onder 'Overige aandoeningen' vallen onder andere: epilepsie, neurose, diabetes, galstenen, postoperatieve verklevingen van de darmen, maken/herstellen van een anusopening (proctotomieklachten), ontsteking van de urinebuis et cetera. Bij deze opsomming van deze wel heel ongelijksoortige indicaties ontbreekt merkwaardigerwijs de aambeien. Dat acupunctuur iets kan bijdragen aan de majeure en delicate chirurgie, die bij sommige pasgeborenen moet worden uitgevoerd als zij

geboren zijn met een anus imperforatum¹, dat is uiteraard volledig ondenkbaar. Hoe brutaal kan je zijn? Men had veel beter de alledaagse aambeien kunnen nemen, daaraan valt nog wat te verdienen. Gewoon vergeten, natuurlijk.

HET BLEKEN VAN DE ANUS



Hans Teeuwen

'Who are you to judge my anus?', zo luidde het gezongen openingsnummer van Hans Teeuwens succesvolle programma *Industry of Love* (2003), die zichzelf daarbij gevoelig begeleidde op de piano. De cabaretier speelde in op de hype van het anus bleken, zoals die begin deze eeuw in bepaalde kringen in de mode kwam. Er is voor zo ver bekend geen onderzoek verricht naar de herkomst van deze hype, maar potentiële kandidaten moeten vermoedelijk gezocht worden in kringen van homoseksuelen, draagsters van de zogenaamde string bikini's en lijders aan body dysmorphic disorder BDD, een psychiatrisch ziektebeeld uit de DSM dat het beste kan worden samengevat als 'ingebeelde lelijkheid'. Wie 'anus bleken' intikt op Google krijgt de keuze uit 27.000 sites. De aanbieder van de Creme Skinlight rekent als volgt af met de concurrentie: 'Kies de juiste kliniek. Anus bleken Den Haag, anus bleken Eindhoven of anus bleken Enschede, overal is er onderzoek gedaan naar salons, schoonheidsspecialisten en klinieken in naar methodes om de anus te bleken. Hier komen we ook weer uit op of het laten laseren van de anus of in de vorige stukken besproken cremé waar de schadelijke stof hydrochinon inzit. Deze cremé pakt ook alleen de buitenste laag van uw anus zodat de bruine kringen door vernieuwing van de huid zo weer terug zijn. De kosten van het laseren of de cremés liggen in de steden Den Haag, Eindhoven en Enschede liggen ongeveer gelijk. Tussen de 200 en 500 euro. Lastig allemaal want waar moet je nu voor kiezen? Uit onderzoek gebleken veiligste en effectiefste manier om je anus te bleken: Doe het gewoon snel en discreet thuis met een cremé anus bleekset. De anusbleekset pakt ook de onderliggende huid mee zodat de donkere plekken blijvend verdwijnen bij regelmatig ge-

bruik. Huid bleken op een natuurlijke manier zoals met de Creme Skinlight is daarom een ideale manier' (<http://anusblekenamsterdam.blogspot.nl/2014/04/anus-bleken-amsterdam.html>). Er is ook al een wikipedia-pagina gewijd aan het anusbleken en daar wordt vermeld dat er nooit medische redenen zijn voor deze praktijk, het gaat uitsluitend om een schoonheidsbehandeling.

CURANOL

Dit meest recente perianale product is een bedenksel van de Hilversumse apotheker Van den Bergh, die niet (meer) in het BIG-register is te vinden. De aan Curanol (samenstelling uit cur en anol, u snapt hem) gewijde site beschrijft de ontstaansgeschiedenis ervan als volgt: 'Curanol is een begrip bij de verzorging van de huid rond de anus. Curanol is ontwikkeld door Apotheek Van den Bergh uit Hilversum en werd in eerste instantie uitsluitend via de eigen apotheek verkocht. Maar later ook, vanwege de toenemende vraag, via de website www.curanol.nl. Een groot publiek is inmiddels bekend met de werking van Curanol. Curanol is op basis van puur natuurlijke ingrediënten en daarom veel gebruikt door zwangeren en net bevallen moeders. Maar Curanol is natuurlijk geschikt voor iedereen. De kwaliteit van Curanol wordt nog steeds gegarandeerd door Apotheek Van den Bergh uit Hilversum. En nu is Curanol dus ook verkrijgbaar bij uw lokale apotheek en drogist!'

Elders heet het dat 'Met name tijdens je zwangerschap en *tijdens de bevalling* (cursivering CR) kunnen je aderen extra aandacht gebruiken.' Zowel zalf als tabletten kunnen helpen, maar de combinatie geniet de voorkeur. De laatste mogen tijdens de eerste zes maanden van de zwangerschap alleen gebruikt worden na overleg met de arts. 'De vaatwand moet soepel en elastisch gehouden worden.' Het middel zou in het Gooi een aanzienlijke populariteit genieten bij kraamvrouwen en verloskundigen en de orale narratief over het middel luidt dat het goed is tegen aambeien en dat de tabletten ook nog zouden werken tegen wallen. Op aandringen van een Goois VtdK-lid hebben wij ons iets verder verdiept in Curanol. Allereerst vroegen wij om inlichtingen over de werkzaamheid van de zalf en/of tabletten, in de handel gebracht door Forest Healthcare, Hilversum.

Natali Eind van deze firma antwoordde ons als volgt: 'Dank u voor uw bericht. Het product Curanol wordt vertegenwoordigd door het bedrijf Forest Healthcare. Forest Healthcare is lid van de Nephrofarm en dit betekent dan ook dat wij ons conformeren aan de leidraad van het KOAG/KAG. Alle uitingen van Curanol zijn getoetst en goedgekeurd door het KOAG/KAG inclusief de bijsluiter en verpakking. Zoals u wellicht weet is de leidraad van het KOAG/KAG een afgeleide van de wettelijke regelgeving met betrekking tot het maken van bepaalde claims voor producten met een bepaalde (registratie)status, zoals een cosmeticum, voedingssupplement, RVG, medisch hulpmiddel of warenwetproduct. Er vanuit gaande u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd'.

Dit schoot niet op en wij richtten ons tot de heer drs. C.F. Maris, die thans als apotheker de leiding heeft van wat nog wel altijd heet Apotheek van den Bergh in Hilversum. Hij garandeert immers blijkens de website van Curanol nog altijd de kwaliteit van Curanol. Helaas: hij beantwoordde mijn mail niet.

Hoe nu verder? De rommelige bijsluiter vermeldt dat Curanol een gedeponeerde handelsmerk is en geen gluten bevat. De toelichting op de tabletten maakt een moeilijk te vatten onderscheid tussen de 'samenstelling' en de 'ingrediënten'. De tabletten laten zich uitstekend combineren ter cosmetische verzorging van 'spataderen, blauwe aderen en ontsierende aderen. Juist ook in zwangerschap en kraambed.' In de zalf zit een tiental plantaardige stoffen, waaronder wij de vertrouwde Hamamelis tegenkomen, alsmede de Echinacea, de Calendula maar ook vitamine B1, wolvet, vaseline et cetera. Vernuftig vermijdt men in alle teksten dat spataderen of aambeien zouden verkleinen of genezen, het gaat zogenaamd steeds om de cosmetische verzorging, terwijl de patiënt natuurlijk alleen maar op het idee komt dit spul aan te schaffen omdat de aambeien er wel van zullen verminderen. De reclame-uiting bleek helemaal niet te zijn voorgelegd aan de bevoegde instanties KOAG/KAG en derhalve is deze inmiddels voorgelegd aan de Reclame Code Commissie. ●

Noot

1 Deze zeer ernstige afwijking komt voor bij één op de 10.000 pasgeborenen.

Volledig beroepsverbod voor alternatieve artsen dringend gewenst*

C.N.M. Renckens

‘Wetten worden periodiek geëvalueerd om na te gaan of de doelen die ermee worden beoogd ook werkelijk worden bereikt en of na een aantal jaren de wereld niet zo is veranderd dat aanpassingen noodzakelijk zijn.’ Aldus de eerste zin van het voorwoord van de *Tweede Evaluatie Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*.¹

In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) worden zaken geregeld zoals titels en de bescherming ervan, opleidingen, de handelingen die ‘voorbehouden’ zijn aan bepaalde professionals en de tuchtrechtspraak. Na een eerste evaluatie van de wet in 2002, was het tijd opnieuw te bezien of de wet nog voldoende doeltreffend en toekomstbestendig is. Tot de eerste evaluatie uit 2002 was de minister van VWS verplicht op grond van artikel 95 van de Wet BIG, de tweede evaluatie uit 2013 werd ingegeven door een aantal incidenten, waarbij het rapport onder andere de casus uit Emmen, Enschede, Hoorn, Nijmegen, Almelo en de Millecam-tragedie noemt.

De medische professie, gecondenseerd in de KNMG, hanteert voor haar eigen leden vanouds gedragsregels, die ook de grondslag vormen van haar interne tuchtrechtspraak en die – net als de nationale wetgeving – periodiek herbeoordeling en aanpassing behoeven. Waar het meer dan een eeuw lang vanzelfsprekend was dat artsen lid waren van de KNMG en zich beperkten tot reguliere geneeskunde, daar ging die paradijselijke toestand in de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw veranderen. Er trad een emancipatie op van geneeswijzen, die tevoren

nog als kwakzalverij werden beschouwd en die zich onder het mom van ‘alternatieve geneeskunde’ in een toenemende populariteit onder het publiek konden verheugen. Ook sommige artsen gingen deze niet-reguliere geneeswijzen aanbieden en de wetgever hief vervolgens in de Wet BIG, die op 1997 volledig in werking trad, het artsenmonopolie op en de duizenden alternatieve genezers, die ons land inmiddels telde, waren sindsdien niet meer illegaal bezig ‘de geneeskunde onbevoegd te beoefenen’. In de oude gedragsregels van de KNMG kwamen helemaal geen richtlijnen voor betreffende alternatieve geneeswijzen – zo vanzelfsprekend was het dat een arts de universitaire geneeskunde zou bedrijven en niets anders – en de ‘gedragsregels regulier/alternatief’ die in 1991 gingen gelden waren de eersten die zich expliciet over dit probleem uitspraken. De regels waren niet slecht, maar waren toch zo vaag dat in een proefproces roeyement van een KNMG-lid dat zowel homeopathie als acupunctuur toepaste uitbleef.²

De samenleving werd in de jaren vanaf 1997 geconfronteerd meteen aantal excessen met dodelijke afloop (iatrosomie, macrobiotiek, de casus-Millecam) en er kwam meer kritiek op de alternatieve geneeskunde, terwijl haar groei stagneerde. Minister Hoogervorst maakte zich

in 2005 zorgen over de capaciteiten van (homeopathische) artsen, die geloofden dat je met verdund water mensen kon genezen.³ De medische tuchtrechter oordeelde in 2007 streng over de Millecam-artsen en noemde een van hen, die best KNMG-lid had kunnen zijn, een 'gevaar voor de volksgezondheid'. De Nederlandse dierenartsen, verenigd in de KNMvD, ontteden zich in 2006 van de KNMvD-werkgroep veterinaire homeopathie en drongen bij de overheid aan op harde aanpak van onbevoegde veterinaire homeopaten en natuurgenezers. In 2006 spraken de apothekers van de KNMP af aan patiënten die komen met het verzoek een homeopathisch middel af te leveren expliciet en ongevraagd te vertellen dat de werkzaamheid van deze middelen niet aangetoond is.⁴ Tegen de achtergrond van deze signalen uit beroepsgroep en samenleving kon de KNMG moeilijk achterblijven. Waar van een organisatie van professionals verwacht mag worden dat zij zelf als eerste en strengste de grenzen van wat verantwoorde beroepsbeoefening is bewaakt, was de opstelling van de KNMG lang passief geweest en werd zij links en rechts ingehaald door externe instanties. Daarop kwam zij tenslotte toch in actie. Na drie discussiebijeenkomsten in de KNMG-districten Zwolle/Flevoland, Haarlem en Dordrecht vond op 29 november 2007 december een slotdebat plaats in de Domus medica. Daar kwamen ook alternatieve artsen aan het woord, enkelen zelfs als spreker. Op 1 april 2008 werden de nieuwe gedragsregels inzake alternatieve geneeswijzen gepubliceerd⁵ en werd ervan een samenvatting gepubliceerd op een opvallende plaats ('Federatienieuws') in *Medisch Contact*.⁶ Ik beschreef die gedragsregel als een verbetering ten opzichte van de regels uit 2008, maar betreurde het uitblijven van een totaal beroepsverbod voor alternatieve artsen.⁷ De gedragsregels, zo schreef ik in 2008, reduceerden de speelruimte voor alternatieve artsen eigenlijk tot een virtuele ruimte. Dat noemde ik prachtig, maar ik sprak toen al de vrees uit dat alternatieve artsen uit de gekozen formulering wellicht – ten onrechte – zouden concluderen dat er nog altijd geen volledig verbod op het beoefenen van hun geneeswijzen bestaat. We zijn nu zeven jaar verder en ik geloof niet dat er één alternatieve arts is geweest, die zijn KNMG-lidmaatschap heeft opgezegd en ook buiten de medische beroepsgroep persisteert de indruk dat alternatieve ge-

neeswijzen voor artsen niet ongeoorloofd zijn. In de rest van dit artikel zal ik derhalve pleiten voor een evaluatie van de gedragsregels uit 2008 en mijn pleidooi voor een totaal verbod op het toepassen van niet-reguliere geneeswijzen door artsen opnieuw onderbouwen.

DE UITWERKING VAN DE THANS GELDENE GEDRAGSREGELS

Waaruit blijkt dat de thans vigerende gedragsregels toch nog te veel ruimte bieden aan niet-reguliere behandelaars en behandelwijzen? Vier voorbeelden.

1. Het bleek in 2008/2009 onmogelijk om met een beroep op die betreffende gedragsregels een antroposofisch huisarts te royeren, die op de televisie omstandig had laten zien hoe hij een vrouw met hooikoorts behandelde met subcutane injecties van kweeper en citroensap-extracten in de nekregio. En dat zo nodig meermalen per dag. Hij bleef daarna met opgeheven hoofd beweren binnen de KNMG-regels te opereren.
2. Beroepsverenigingen als de NAAV (plm. 250 artsen-acupuncturisten) en de AVIG (artsen voor homeopathie, natuurgeneeskunde, biofysische geneeskunde en neuraal- en regulatietherapie) beweren op hun websites unvervroren dat hun leden zich houden aan de KNMG-gedragsregels.
3. Pijnlijker nog was dat ZonMw in haar *Signalement Effectiviteit van complementaire zorginterventies* uit juni 2011 het KNMG-standpunt samenvatte als: 'De artsenfederatie KNMG wijst alle complementaire behandelwijzen af die niet door artsen uitgevoerd worden'.⁸ Over de beperkingen die de huidige gedragsregels aan het toepassen van niet-reguliere behandelwijzen opleggen wordt niet gerept. Men citeert selectief, maar de gedragsregels laat dat misschien ook wel toe.
4. Ook rechters denken dat de KNMG alternatieve geneeswijzen accepteert, zoals blijkt uit een recente uitspraak van een rechtbank in Breda. Daarin stelde de rechter: 'Daaraan doet niet af dat de wetenschappelijke waarde en effectiviteit van acupunctuur niet algemeen aanvaard is. In dit verband acht de rechtbank mede van belang dat de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) een

gedragsregel heeft gegeven voor artsen die (mede) gebruik maken van niet-reguliere behandelwijzen in het licht van de specifiek voor artsen geldende normen. Daaruit valt af te leiden dat de KNMG in beginsel de toepassing van die behandelwijzen als verrichting van een arts aanvaardt.’ Of de uitspraak (arts-acupuncturist hoeft toch geen btw te betalen) in hoger beroep stand houdt, dat valt nog te bezien, maar de rechter leest in de Gedragsregel dat de KNMG de volstrekt nutteloze Chinese naaldvakken accepteert. (Uitspraak ECLI:NL:RBZWB:2014:6382 van Rechtbank Zeeland-West-Brabant. Datum uitspraak 16-09-2014)

EEN VOORSTEL

Mijns inziens is hier maar één conclusie mogelijk: de huidige Gedragsregels zullen opnieuw een modificatie moeten ondergaan. De geest van waaruit de gedragsregel is geschreven is uitstekend, maar zolang er ruimte, hoe minimaal ook, wordt opengelaten voor alternatieve geneeswijzen zo lang kan en zal er van die formulering misbruik gemaakt worden door o.m. hen, die denken het beter te weten dan de overgrote meerderheid van hun vakgenoten en opleiders. Ook naar buiten onze beroepsgroep hebben de gedragsregels een nadelig effect, want de niet-artsen die werkzaam zijn in de alternatieve sector (door de minister recent geschat op 40.000) kunnen zich gesterkt voelen door het feit dat zelfs de KNMG ruimte laat aan geneeswijzen, waarvan het volstrekt onduidelijk is dat een universitaire opleiding enig voordeel biedt. Van der Smagt beweerde eens dat dat eerder een geducht nadeel zou kunnen zijn, omdat kennis van de reguliere geneeskunde af en toe tot twijfel zal leiden bij de alternatieve arts, daarmee het placebo-effect ondermijnend. Dit terzijde.

Ik doe een beroep op de KNMG-leiding om – op dezelfde wijze als in 2007 – dit probleem te agenderen en binnen de achterban te bespreken. Hopelijk leidt dat anno 2015 tot een onvoorwaardelijke bekering van onze Maatschappij tot de reguliere geneeskunde. Onze oprichters uit 1849 zouden een dergelijk besluit alleen maar kunnen toejuichen en ze zouden deze hernieuwde en exclusieve omhelzing van de reguliere geneeskunde zien als de afsluiting van een nachtmerrie-achtige periode, die wel

vijfentwintig jaar heeft geduurd en die mijns inziens zelfs mede gevolg is geweest van een te coulante opstelling van de KNMG, waar er voor zo’n opstelling geen goede redenen waren te bedenken. Terugkeer naar de uitgangspunten van onze oprichters beveiligd de intellectuele status van de geneeskunde als academisch beroep en hij zal een educatieve uitstraling hebben naar de bevolking, de zorgverzekeraars en onze overheidsorganen. Voor nadelige gevolgen voor de volksgezondheid hoeft niet te worden gevreesd. ●

Literatuur

- 1 Tweede Evaluatie Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. ZonMw 2013. Den Haag.
- 2 Renckens CNM. KNMG-gedragsregels alternatief/regulier in de praktijk: de eerste jurisprudentie. *Med Contact* 12 juni 1996.
- 3 Anonymus. ‘Hoogervorst valt homeopathie aan’. Het Parool 12 november 2005.
- 4 De Smet PGAM e.a.. Standpunt KNMP Hoofdbestuur inzake het afleveren van homeopathische geneesmiddelen. *Pharm Weekblad* 10 november 2006.
- 5 De arts en niet reguliere behandelwijzen (2008). Te downloaden vanaf www.knmg.nl.
- 6 Dijk G. van. ‘Artsen moeten zich baseren op wetenschappelijk bewijs’. *Med Contact*, 2008 Nr 15: 649.
- 7 Renckens C.N.M. Op naar een volledig verbod. Strengere gedragsregels voor alternatieve artsen stap in de goede richting. *Med. Contact* 2008 Nr 26: 1132-1135.
- 8 Effectiviteit van complementaire zorginterventies. Signalement. ZonMw. Den Haag. 2011.p. 4.

* Dit artikel werd eerst aangeboden aan *Medisch Contact*, maar men plaatste het in de discussie pro en contra alternatieve geneeskunde. Daaraan had men geen behoefte en dat zou dan een ‘herhaling van zetten’ zijn. Men las er ook geen nieuwe argumenten in. Vandaar de betreunde afwijzing. Dat de inhoud de afwijzing van alternatieve geneeswijzen door de KNMG als uitgangspunt nam, werd door MC volledig gemist.

Hoenders triomfeert: zesde CIP-congres ruimhartig geaccrediteerd

C.N.M. Renckens

Met het bekende misbruik van de fatsoenlijke term ‘integrale psychiatrie’ organiseerde het Centrum Integrale Psychiatrie (CIP) van de reguliere GGZ Groningen Lentis op 6 maart 2015 al weer zijn zesde congres sinds 2006. Vorig jaar promoveerde Hoenders en was er geen congres, wel werd het minisymposium ter gelegenheid van zijn promotie geaccrediteerd door de Ned Ver v Psychiatrie (NVvP), een vereniging die haar leden in april 2013 had laten weten geen congressen meer te zullen accrediteren waar alternatieve geneeswijzen werden besproken. Dat voornemen is, zoals wij zullen zien, inmiddels een stille dood gestorven.

Begin januari 2015 attendeerde ons bestuurslid Ronald van den Berg de accreditatiecommissies van de KNMG en de NVvP op de antecedenten van de sprekers en werkgroepeliders van dit zesde congres, dat getiteld was ‘De (G)Gz in crisis?!’.

Hij wees de accreditoren erop dat slechts één hoofdspreker (de Maastrichtse hoogleraar Jim van Os) van onbetwiste wetenschappelijke signatuur was. Hij is de dagsluiter. Eén hoofdspreker (Ornish) zou een videoboodschap sturen. Hij is geen psychiater, maar geïnteresseerd in voeding en beweert onder andere hart- en vaatziekten en ook vroege prostaatcancer te kunnen genezen met diëten en lifestyle adviezen. Herhaaldelijk was hij mede-auteur van artikelen

waarin ook Andrew Weil en Eisenberg mede-auteurs waren. De overige twee hoofdsprekers, Lupien en Getz, leken op zijn zachtst weinig interessant voor nascholing in de psychiatrie. Lupien heeft weliswaar onderzoek gedaan naar stresshormonen (cortisol in speeksel), maar zij gaat het hebben over stressinterventie als transdiagnostisch (wat daarmee ook bedoeld moge zijn) tool ter voorkoming en behandeling van psychische problemen. Getz is een voormalige IJslandse huisarts die thans verbonden is aan de universiteit van Trondheim en daar ‘duurzame en preventieve geneeskunde’ doceert. Zij predikt integrale geneeskunde.

De werkgroepen, die in de middag werden gehouden, worden geleid door lieden die maar

al te bekend zijn vanwege hun oncorrigeerbare ideeën over non-reguliere behandelwijzen. Enkele voorbeelden:

Elkana Hoenders-Waarsenburg, alternatief huisarts (website <http://www.integraal-vitaal.nl/#BIOH-grafie>) en bestuurslid van de Lama Gangchen *International Global Peace Foundation*. Tevens echtgenote van Rogier Hoenders.

Dr. Erik Baars, antroposofisch arts. Meent onder meer dat injecties met kweeperensap allergieën kunnen genezen. Singh en Ernst concludeerden in hun boek *Trick or Treatment* (2008): 'Anthroposofic medicine is biologically implausible, it has not been shown to be effective, and is unlikely to work. It can also carry considerable risks'.

Prof.dr. Frits Muskiet, chemicus, is onder andere kwakzalversopleider in 'orthomoleculaire geneeskunde'. Hij is ons bekend als propagandist van diëten die zouden terugverwijzen naar 'de oermens' ter preventie van vele kwalen, onder meer van psychische aandoeningen. Het gezondheidsnut van dit aan Neanderthalers en Cro-Magnonmensen toegeschreven paleodiet staat beslist niet vast. Ook ontkent hij het verband tussen roken en longkanker.

Jan Willem Louwerens, psychiater, is aanhanger van het transhumanisme. Transhumanisme is een recente vorm van speculatieve filosofie die probeert om de door de natuur gestelde grenzen van het menselijke bestaan te doorbreken. Het is naar wij begrijpen een stroming die veronderstelt dat mensen onderling en met de natuur en zelfs met dode materie verbonden zouden zijn door een soort fluïdum.

Dr. Rogier Hoenders bevordert in de organisatie Lentis met nadruk de verwijzing van

psychiatrische patiënten naar niet BIG-geregistreerde alternatieve behandelaars. Hij deed onder meer een geruchtmakend onderzoek naar de samenhang van psychische gesteldheid en windrichting in Groningen. Winnaar van de Pruimenbloesemprijs 2014 van de Ned. Pat. Ver. v. Acupunctuur(NPVA). Zijn pogingen om zijn afdeling Integrale psychiatrie erkend te krijgen als derdelijns behandelcentrum en lid van de TOP-GGZ zijn steeds gestrand.

Dr. Bram Bakker, mediageniek psychiater, gaat – zoals bekend – wel erg ver met zijn irreguliere werkwijzen. Vroeger speelde hij vrouwelijke patiënten door naar zijn vriendjes, tegenwoordig loopt hij hard met zijn patiënten en noemt dat 'running therapy'.

Dr. Martin Appelo is psycholoog en bevordert sinds jaar en dag kwakzalverij door zijn activiteiten voor de congressen van Lentis, waar keer op keer een hutsput van alternatieve behandelwijzen en esoterie wordt verkondigd.

De relevantie voor psychiatrische nascholing van het programma, van de sprekers en van de inleiders van workshops van dit zesde CIP leek dus zeer ver te zoeken. Het resultaat van onze vriendelijke melding van de achtergronden van de hoofdpersonen in dit congres haalde bitter weinig uit. De KNMG gaf vijf punten voor 'algemene nascholing', de NVvP zelfs zes punten, daar waar het vorige CIP-congres van 2012 maar vijf punten kreeg. Misschien heeft het niet meer toelaten van Tibetaanse lama's als spreker hier de doorslag gegeven. Naar de overwegingen van de commissies kunnen wij slechts raden. Ik houd het bij: 'Wat baten kaars en bril als den uil niet zien wil'. ●



Hoenders (l) neemt Pruimenbloesemprijs in ontvangst

Een triplet, opgedragen aan ZonMw

C.N.M. Renckens

Het leek al zo lang een achterhaalde vraag in ons land: of er onderzoek gedaan moet worden naar geneeswijzen, die door de reguliere geneeskunde als nutteloos worden beschouwd. Als uitvloeisel van het rapport van de Commissie-Muntendam begon de regering in 1986 na jaren vertraging met het toekennen van een budget voor dit type effectiviteitsonderzoek. De resultaten waren dermate teleurstellend dat een evaluatiecommissie onder leiding van Van Elst al in 1990 adviseerde dit heilloze project te staken. Daarna werd er op bescheiden schaal nog wel onderzoek verricht naar deze geneeswijzen (ik gaf daarvan een overzicht in mijn dissertatie uit 2004). Werkzame geneeswijzen hadden de onderzoekers niet kunnen vinden.

In 1992, toen de voorloper van het *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) werd opgericht, kwam in de Verenigde Staten grootschalig onderzoek op gang dat wij in ons land net als kansloos hadden afgeserveerd. Daarna werd het in ons land stil op dit terrein en de overheid beperkte zich tot regelgeving over veiligheid en transparantie. Aan ZonMw zijn deze feiten kennelijk niet bekend, want men gaat daar onverdroten door met het subsidiëren van cursussen wetenschappelijk onderzoek in twee weken voor alternatieve artsen en betoonde zich vorig jaar met een *Signalement* voorstander van integratie van ‘complementaire’ behandelwijzen in de reguliere geneeskunde. Wel moest de werkzaamheid ervan in onderzoek zijn aangetoond en *Signalement*-auteur Jeekel schatte dat slechts 15% van de alternatieve geneeswijzen werkzaam zouden blijken. Eerst bespreek ik hoe publicatie-bias kan bijdragen tot te po-

sitieve conclusies van wetenschappelijk onderzoek, hoe de medisch-wetenschappelijke wereld en overheden dit probleem hebben aangepakt met de verplichting trials al vooraf te publiceren en de resultaten altijd te publiceren. Vervolgens bekijk ik wat het effect van die regelgeving is geweest en tenslotte geef ik een voorbeeld van een in een echt medisch tijdschrift gepubliceerd artikel uit alternatieve hoek.

I OOK DE RESULTATEN VAN NEGATIEVE BEVINDINGEN IN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK MOETEN WORDEN GEPUBLICEERD

Het is al een oud probleem dat een groot aantal onderzoeken (*clinical trials*, RCT's) waaraan patiënten hebben deelgenomen nooit wordt gepubliceerd. De verklaringen daarvoor zijn al lang

bekend: het onderzoek werd niet afgemaakt, de uitkomst was negatief en de onderzoekers (of hun sponsors van de farmaceutische industrie) besluiten het onderzoek niet te publiceren of het artikel waarin het onderzoek wordt gerapporteerd wordt (soms herhaaldelijk) geweigerd door de redacties van de wetenschappelijke tijdschriften (men heeft liever positief uitvallende resultaten). Zowel in de reguliere geneeskunde speelt deze 'publication bias' een grote rol als ook in de alternatieve geneeskunde. Dat leidt er dan weer toe dat er in meta-analysen vooral positief uitvallende RCT's worden opgenomen, terwijl de negatieven buiten beeld blijven. Een welbekend voorbeeld uit de alternatieve wereld is de publicatie van Vickers uit 1998 (Do certain countries produce only positive results? A systematic review of controlled trials. *Controlled Clinical Trials*, 19, 159-166), waaruit bleek dat alle acupunctuurtrials uit Aziatische landen positief uitvielen, terwijl hetzelfde onderzoek in westerse landen slechts in 50% positief uitpakte (nog altijd een te hoog percentage, berustend op zwakke methodologie en het fenomeen van slagers die hun eigen vlees keuren, maar dat terzijde).

Uit toenemende onvrede over dit probleem werd er naar een oplossing gezocht en die bestond uit de eis om alle gestarte trials al bij de aanvang ervan te publiceren, zodat bij uitblijvende publicatie navraag gedaan zou kunnen worden. Een globale en incomplete chronologie van de pogingen om dit probleem te tackelen ziet er als volgt uit.

1997: Het Amerikaanse Congress neemt de FDAMA-wet aan betreffende Trial Registration

Dit was de eerste federale wet, die trialregistratie verplicht stelde. Section 113 van de FDAMA (*FDA Modernization Act*) gaf de *National Institutes of Health* (NIH) de opdracht een openbaar register te maken van trials gereguleerd door de FDA. Meer specifiek stelde deze wet dat het register informatie moest bevatten over onderzoek naar experimenten met geneesmiddelen voor zeer ernstige aandoeningen, zowel privaat- als overheidsgefinancierd.

2000: De NIH lanceert de *ClinicalTrials.gov* website

Met input van de FDA en anderen ontwikkelde de NIH *National Library of Medicine* (NLM) het register *ClinicalTrials.gov*. Deze NLM is

ook de beheerder van de medische databank *Pubmed*. De eerste versie van het trialregister kwam op een schrikkeltdag ter beschikking van het publiek: 29 februari, 2000. Aanvankelijk stonden er in dat register alleen studies, die door de *National Institutes of Health*, het Amerikaanse ZonMw, waren gefinancierd.

2004: Registratie van klinische trials: een verklaring van het *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE)

Onder deze titel verscheen in het *NTvG* en simultaan in een tiental andere algemeen-medische tijdschriften een artikel waarin de redactie bekend maakte dat er voortaan alleen nog onderzoeksresultaten zouden worden geaccepteerd voor publicatie als die trials tevoren in een trialregister waren aangemeld. Het betrof behalve het *NTvG* ook de *JAMA*, *NEJM*, *Lancet*, *AIM* en andere toonaangevende tijdschriften uit o.a. Scandinavië en Australië. Volgens dit artikel moet een acceptabel trialregister minimaal de volgende informatie omvatten: een uniek identificatienummer, een uiteenzetting van de te onderzoeken interventie (of interventies) en vergelijking (of vergelijkingen), een uiteenzetting van de onderzoekshypothese, definities van de primaire en secundaire uitkomstmaten, criteria voor opname in het onderzoek, de belangrijkste onderzoeksgegevens (registratiedatum of feitelijke begindatum, verwachte of feitelijke datum van laatste follow-up, geplande of feitelijke sluitingsdatum voor invoer van gegevens en datum waarop de onderzoeksgegevens als volledig worden beschouwd), beoogd aantal proefpersonen, financiële ondersteuning en contactinformatie over de hoofdonderzoeker. Voorzover het *NTvG* toen bekend voldeed alleen www.clinicaltrials.gov, gesubsidieerd door de *United States National Library of Medicine*, aan deze eisen; de mogelijkheid dat ook andere registers toen al of in de toekomst aan al deze eisen zouden kunnen voldoen werd open gehouden. (*Ned Tijdschr Geneeskd.* 2004;148:1870-1)

2006: De *World Health Organization* komt ook met een *Trial Registration Policy*

In 2006 stelde ook de *World Health Organization* (WHO) dat alle *clinical trials* geregistreerd zouden moeten worden en zij noemde daarbij een minimum van 20 gegevens die daarbij opgegeven dienden te worden. In 2007 lanceerde de WHO het *International Clinical Trials Registry Platform* (ICTRP), dat een

zoekportaal heeft via welke men in de inmiddels functionerende internationale trialregisters kan zoeken. Dit ICTRP *Search Portal* bevat ook de gegevens van *ClinicalTrials.gov*.

2007: FDA verscherpt de wetgeving

Amendment. Section 801 van de Food and Drug Administration Amendments Act, afgekort FDAAA 801 bevat nadere eisen en definities over de auteurs en sponsors ('the Responsible Party'), een omschrijving van *Applicable Clinical Trials* en noemt deadlines voor het aanleveren van tussentijdse voortgang, modificaties en over de verplichte rapportage (in een samenvatting) van de eindresultaten, alsmede de straffen bij het niet voldoen aan die nieuwe eisen.

2008: 'Declaration of Helsinki Revision Promotes Trial Registration and Results Dissemination'

In October 2008, amendeerde de 59ste *World Medical Association (WMA) General Assembly* de Verklaring van Helsinki – *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Twee nieuwe toevoegingen betroffen de prospectieve registratie en de openbare bekendmaking van alle onderzoeksresultaten als ethische geboden. (paragrafen 19 and 30)

2012. AllTrials roept op tot het registreren en publiceren van alle reeds afgemaakte en nog lopende clinical trials, waarbij ook de 'full methods and summary results' moeten worden gepubliceerd

De Londens arts-publicist Ben Goldacre, die onder andere *Bad Science* en *Bad Pharma* publiceerde, startte tezamen met het *BMJ*, de *Cochrane Collaboration*, *James Lind Initiative*, PLOS en *Sense About Science* de *AllTrials* campagne, die overtuigend liet zien dat de hedendaagse praktijk zeer gediend zou zijn bij het publiceren van reeds voltooide, maar nooit gepubliceerde geneesmiddeltrials. De campagne kreeg steun van veel personen (ruim 82.000) en van ruim 500 organisaties, alsook van overheidsinstanties. Recent sloot ook het Amerikaanse Institute of Medicine zich aan bij de campagne, die zich nu gaat richten op het zoeken van toegang tot de archieven van de grote farmaceutische bedrijven. Speuren naar 'abandoned en forgotten clinical trials'.

2013. De WMA preciseert haar richtlijn trialregistratie

In oktober 2013 wijzigde de 64ste *WMA General Assembly* de twee eerder genoemde princi-

pes. Paragraaf 35 (eerder 19) luidt nu als volgt: 'Every research study involving human subjects must be registered in a publicly accessible database before recruitment of the first subject'. Paragraaf 36 (eerder 30) herbevestigt het openbaar maken van alle onderzoeksresultaten als een ethische plicht en stelt: 'Researchers have a duty to make publicly available the results of their research on human subjects and are accountable for the completeness and accuracy of their reports. All parties [i.e., researchers, authors, sponsors, editors and publishers] should adhere to accepted guidelines for ethical reporting. Negative and inconclusive as well as positive results should be published or otherwise made publicly available'.

II

NU DE PRAKTIJK: LEIDT REGISTREREN ALTIJD TOT PUBLICEREN?

Het registeren, dat is wel gelukt. Er zijn een zestal serieuze registers beschikbaar en de grootste en oudste *ClinicalTrials.gov* vermeldt op haar site tegenwoordig (medio januari 2015) 182.394 trials, uitgevoerd in alle 50 staten van Amerika alsmede in 187 verschillende landen. Toch is het probleem nog lang niet opgelost. Zo verscheen er eind 2014 een artikel *Discontinuation and non-publication of surgical randomised controlled trials: observational study in the BMJ*, waaruit bleek dat de helft van geregistreerde trials op chirurgisch gebied niet had geleid tot een publicatie. (Stephen J Chapman et al. *BMJ* 2014;349:g6870 doi: 10.1136/bmj.g6870; 9 December 2014). Bijna een vijfde was niet afgemaakt en van de wel gecompleteerde studies werd slechts 66% gepubliceerd. De onderzoekers van de niet gepubliceerde onderzoekers bleken vaak onbereikbaar. De auteurs noemen het verschijnsel onethisch t.o.v. de patiënten die aan die studies deelnamen en ook kan belangwekkende informatie aan klinici worden onthouden met wellicht gevaarlijke gevolgen. Ze doen een beroep op de overheid om strenger op te treden. In hetzelfde *BMJ*-nummer geeft de vooraanstaande klinisch epidemioloog John Ioannidis een verfrissend commentaar. Misschien hoeven wij toch niet jaarlijks 20.000 nieuwe RCT's starten en ook laat de onderzoeksopzet te vaak te wensen over. Hij spreekt van

**Tabel. Door het NCCAM gesponsord onderzoek.
Sommige trials kregen daarnaast nog geld uit andere bronnen**

Aandoening	Interventie	NCCAM-subsidie in dollars
Atherosclerose	Reiki	149.000
Hersentumor glioblastoom	Gebed op afstand	210.000
Carpal tunnel syndroom	Statisch magnetisch veld	171.000
Baarmoederhalskanker	Therapeutic touch	107.000
Borstkanker	Haaienkraakbeen	
	Lijnzaad	231.000
Diabetes	Expressief schrijven	390.000
Ayurvedische geneeskunde		136.000
Fibromyalgie	Statisch magnetisch veld	22.000
Hepatitis C	Kruiden	221.000
	Mariadistel	192.000
HIV/aids	Gebed	119.000
	Paddenstoel extract	54.000
Migraine	Gepulst magnetisch veld	100.000
Prostaatcancer	Reiki	186.000
	soja	266.000
Reumatoïde artritis	Gepulste magneettherapie	190.000
Wondgenezing	Gebed	168.000
Hoofd- en halskanker	Acupunctuur	128.000
Hart- en vaatziekte	Acupunctuur	577.000
Temporo-mandibulaire dysfunctie (kaakpijn)	Sjamaans genezen	192.000

een enorme verspilling (Clinical trials: what a waste. Trials that are unregistered, unfinished, unpublished, unreachable, or simply irrelevant. *BMJ* 2014;349:g7089 doi: 10.1136/bmj.g7089. *Published* 10 December 2014). Veel onderzoek is niet relevant voor de dagelijkse praktijk en de gemeten uitkomsten zijn niet goed gekozen. Zo gaan, aldus Ioannidis, tijd, mankracht, geld en kennis verloren. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat de situatie bij trials op andere gebieden dan de chirurgie beter is.

Als dit de gang van zaken is in de reguliere onderzoekspraktijk, hoe staat de research in de alternatieve sector er dan voor? U weet wel, het soort research waarop ze bij ZonMw zo dol zijn. Welnu, het hierboven al geciteerde onderzoek over de geografische bias van acupunctuurtrials blijkt redelijk representatief te zijn, want de bulk van dit soort onderzoek vindt tegenwoordig in de VS plaats en op de websites van *Clinicaltrials.gov* en die van het *National Center for Complementary and Alternative Medicine* zijn deze trials gemakkelijk te vin-

den. In het eerste nummer van 2012 van de *Skeptical Inquirer* gaven Eugenie Mielczarek en Brian Engler een overzicht van de resultaten van NCCAM-gesponsord onderzoek, onder de titel 'Measuring Mythology: startling Concepts in NCCAM Grants' (makkelijk op Google te vinden) een fraai en onthullend overzicht van twintig jaar sponsoring van dit type onderzoek. Ik besteedde in dit blad al eerder aandacht aan hun artikel. Ze stelden vast dat er in de VS in de periode 1999-2009 voor 2,8 miljard dollar is uitgegeven aan subsidies voor wetenschappelijk onderzoek van CAM. Opvallend is dat slechts 40% afkomstig was van het NCCAM, de rest kwam van andere NIH-centra als die gericht op kanker, kinderziekten etc. Het NCCAM gaf in de periode 1992-2012 1,6 miljard dollar uit aan onderzoeksubsidies. Dat absurde claims daarbij niet geschuwd werden blijkt uit het door hen gegeven rijtje met voorbeelden. (zie tabel)

De auteurs vonden in de NCCAM-gesponsorde studies geen effectieve geneeswijzen, die het bestaan van het NCCAM zouden kunnen recht-

vaardigen. Zij beschuldigen het Congres, dat dit alles mandateert, van het smijten met miljarden belastingdollars ten bate van mythologie en commerciële belangen. De absurditeiten uit het programma leiden via de Bayesiaanse benadering van a priori plausibiliteit al tot de conclusie dat dit onderzoek zinloos is. Dat die constatering juist is, dat tonen Mielczarek en Engler overtuigend aan. (Niets is zo praktisch als een goede theorie). Maar hoe zit het nu met de publicatiebias van dit onderzoek? Mielczarek en Engler keken dit na voor vier categorieën (magneettherapie, 'distance healing' (reiki, Qigong, TT en gebed), kanker en HIV/aids). In totaal waren er daarbij 74 studies gesponsord. Dit leidde tot negen publicaties in *peer reviewed* tijdschriften, een percentage van 12 procent. Slechts een van de acht studies wordt gepubliceerd!

Een nadere indicatie van de bestede gelden geven zij ook: CAM-research voor diabetes bij voorbeeld in de periode 2000-2011: \$ 105 miljoen voor 362 projecten. Aan acupunctuur-studies werd in diezelfde elf jaar \$ 78 miljoen uitgegeven in 58 RCT's en de 111 soja-studies kregen \$ 54 miljoen toegewezen. De laatste regels van het artikel luidden als volgt: 'After nearly twenty years of funding, a paucity of reported results for clinical trials, and no discoveries that would lead to new areas of scientific medical research or treatment, it is surprising that Congress has not recognized that taxpayers are funding a fruitless endeavor.'

Wie zou het hiermee oneens kunnen zijn? Uw dienaar kent in elk geval één instantie die hier geheel anders over denkt: ZonMw. Wat schreven zij in hun *Signalement Effectiviteit van complementaire Zorginterventies* van april vorig jaar over onderzoek naar 'complementaire behandelwijzen? De in 2014 ingestelde ZonMw-stuurgroep-Hopstaken zal onder het volgende motto te werk gaan. 'Veel onderzoek is al in het buitenland gedaan. Het signalement pleit dan ook onder meer om dit in kaart te brengen zodat onderzoeken niet onnodig worden overgedaan. We moeten ons dus richten op hiaten en die vervolgens prioriteren. Dat kan alleen slagen als alle stakeholders erbij worden betrokken. Denk daarbij aan onderzoekers, kennisinstellingen, professionals, zorginstellingen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, bedrijven en beleidsmakers'.



Hopstaken en Busch

De stuurgroep, naast de econoom Hopstaken bestaand uit Martine Busch (Van Praag Instituut v/h Parapsychologisch Instituut, docente therapeutische touch), Hans Jeekel (gepensioneerd chirurg Erasmus universiteit) en ziekenhuisdirecteur Hans Kerckamp moet met het zoeken naar hiaten in o.a. het NCCAM-onderzoek einde 2015 gereed zijn. U begrijpt het: wij kunnen niet wachten op het eindresultaat. Hiaten zoeken! Wat een goed idee. Die Amerikanen hebben met die ruim drie miljard dollar natuurlijk lang niet alles kunnen nakijken.

III OSTEOPATHIE TEGEN RUGPIJN BIJ ZWANGEREN: EEN NCCAM- CASESTUDIE

In het eerste deel zagen wij dat maar een deel van alle medisch-wetenschappelijk onderzoek dat wordt aangevangen uiteindelijk leidt tot een publicatie die voor vakgenoten toegankelijk is. Bij regulier onderzoek is dit al vaak het geval, maar zeker bij onderzoek naar alternatieve geneeswijzen is de zogenaamde publicatie-bias (het alleen maar publiceren van positief uitvallend onderzoek) een groot probleem, waardoor in verzamelstatistieken als meta-analysen vaak een te roodkleurig beeld ontstaat. Omdat a priori verwacht mag worden dat bij onderzoek naar alternatieve geneeswijzen zeer veel zo niet alles negatief zal uitpakken en als onwerkzaam door de mand zal vallen, daarom mag verwacht

worden dat bij dit type studies het percentage gepubliceerde studies nog lager is dan normaal. Zoals wij zagen is dat ook inderdaad het geval. Hoe een van de zeldzame studies die wel zijn gepubliceerd – en die derhalve wel tot de absolute top van die sector moeten behoren – er dan uit ziet, dat zal ik in deze casestudie van een *peer reviewed*, NCCAM-gesponsord en in een goed tijdschrift verschenen onderzoek, analyseren. Ik ben geen expert op het gebied van onderzoeksmethodologie, maar durf het aan omdat het onderzoek zich bewoog op mijn vakgebied namelijk de verloskunde.

Het onderzoek naar de waarde van osteopathie bij rugpijn in het laatste trimester van de zwangerschap werd uitgevoerd aan de universiteit van Noord Texas en eraan werkten mee osteopaten, gynaecologen, psychiaters, volksgezondheid en medisch-educatoren. (Hensel KL, Buchanan S, Brown SK, et al. Pregnancy Research on Osteopathic Manipulation Optimizing Treatment Effects: the PROMOTE study. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:108.e1-9). Behalve met geld van de NCCAM (\$ 130.000) werd het onderzoek ook gesubsidieerd door een vijftal osteopathische clubs (waaronder nota bene de *American College of Osteopathic Obstetricians and Gynecologists*). In het onderzoek waaraan 400 zwangeren tegen betaling van reis- en onkosten deelnamen werd er in principe tussen de 30ste en 39ste week van de zwangerschap zeven maal een aantal osteopathische handgrepen verricht bij zwangeren met rugpijn. Uit mijn eigen praktijkervaring weet ik dat veel zwangeren vroeg of laat wat rugklachten krijgen, maar deze is zelden zeer ernstig of invaliderend en verloopt fluctuerend. Een goede behandeling ervoor bestaat niet en zeker is dat de pijn na de zwangerschap meestal zeer snel afneemt. Het artikel benadrukt dat wel 70 procent van de zwangere vrouwen rugpijn krijgt en dat medicamenteuze therapie, zelfs al is het paracetamol, altijd risico's voor het kind meebrengt. Aldus framet men de noodzaak om tot andere behandelwijzen te komen en met droge ogen wordt beweerd dat het nut van manuele therapie ('osteopathic manipulative treatment', OMT) al effectief is gebleken bij lage rugpijn van niet-zwangeren. De proefpersonen werden in drie groepen verdeeld en naast de OMT-groep was er een even grote groep die 'usual care only' (UCO) kreeg (geruststelling, uitleg

en adviezen) en een placebo-groep, die naast de usual care nep-ultrageluid therapie kreeg: het echo-apparaat werd op de diverse plekken enkele minuten tegen het lichaam aangedrukt, met de kleren nog aan! Als uitkomstmaten werden de door de vrouwen gerapporteerde pijn en de mate van functionele hinder bekeken, terwijl ook op eventuele nadelige bijwerkingen voor moeder en/of kind werd gescoord. Zo werd voor de moeder gelet op verloskundige complicaties als hoge bloeddruk, suikerziekte, pre-eclampsie, bloedverlies etc., terwijl over de risico's voor het kind werd gekeken of er tijdens de baring sprake was geweest van meconiumhoudend vruchtwater (het kind heeft dan gepoept in zijn vruchtwater, soms een teken van minder goede conditie).

Wat betreft de twee primaire uitkomstmaten (pijn en functieverlies) scoorden de OMT en de nep-ultrageluids-groep beide goed en duidelijk beter dan de UCO-groep, maar waren er geen onderlinge verschillen. Dit bewijst dat er bij al die manipulaties slechts sprake is geweest van een placebo-effect. Dit effect mag verwacht worden als resultaat van, zoals de auteurs zelf ook al suggereren, de 'common treatment components of time, touch, intention, and interaction may be at least partially responsible for the observed beneficial effects'. Men tracht nog iets te redden van de ongetwijfeld voor hen teleurstellende resultaten door te suggereren dat de onwerkzame echo-therapie door de uitwendige druk op al die plekken toch nog wel een biologisch effect zou kunnen hebben gehad. Uiterst onwaarschijnlijk, natuurlijk! Wat wij hier zien is een demonstratie van het feit dat manipulatie slechts indirecte effecten heeft zoals bij toepassing van een placebo en dat het verschil met de UCO-groep gevolg is van het nocebo-effect: de teleurstelling dat men buiten de actieve groep is geloot werkt de klachtenbeleving in de hand en men mist bovendien de frequente contacten en aandacht, die de andere twee groepen wel kregen. In het voorkomen van meconiumhoudend vruchtwater werden tussen de drie groepen geen verschillen gevonden. Overigens moet hier opgemerkt worden dat deze parameter wel een heel primitieve en zeer weinig specifieke 'marker' van foetale nood is. In het optreden van zwangerschapscomplicaties werden in de drie groepen geen verschillen gezien.

Hiermee lijkt het doek dus wel gevallen voor

de osteopathie bij rugpijn, maar wij kunnen deze analyse niet afsluiten na te hebben vastgesteld dat men toch nog vasthoudt aan de mogelijkheid dat osteopathie bij deze indicatie wel degelijk werkzaam is, maar dan zou er niet de standaardtherapie moeten worden gegeven, maar een meer geïndividualiseerde aanpak bij elke zwangere. Ook zou er dan moeten worden gecorrigeerd voor het placebo-effect van de veel intensiever begeleiding in de twee actieve groepen (OMT en nep-echo groep).

De standaardbehandeling bestond uit een contact van ongeveer 20 minuten 'by a physician board-eligible or certified by the American Osteopathic Board of Neuromusculoskeletal Medicine and trained in the protocol'. Bij deze behandeling werden achtereenvolgens behandeld: de nek, borstkas, middenrif, lende spieren en lange rugspieren, sacro-iliacaalgewricht en voorste bekkengebied. Zo heeft men de pretentie de overgang tussen de atlas (=hoogste nekwervel) en het achterhoofd te kunnen verruimen, men kan ook de activiteit van het middenrif onderzoeken en behandelen door plaatsing van de handen op de onderste ribben en dan te kijken wat er gebeurt bij draaien, zijwaarts buigen en voor- en achterwaarts buigen van de romp. Ook wordt er met enige druk beoefend een verbetering van de positie van de heupkop in de kom bewerkstelligd, terwijl – het kan nog gekker – ook de ritmische activiteit van de schedel wordt gestimuleerd door 'compressie van de vierde hersenkamer'. Elke arts en zeker elke orthopeed c.q. gynaecoloog kan u vertellen dat dit alles onmogelijk is en pseudomedisch koeterwaals. Dat een en ander

terug te vinden is in de osteopathische handboeken zoals de *Clinical Guideline subcommittee on low back pain; American Osteopathic Association guidelines for osteopathic manipulative treatment (OMT) for patients with low back pain.* (*J Am Osteopath Assoc* 2010;110:653-66.), vermag ons niet te vermuren.

CONCLUSIE

Dit NCCAM-gesponsord onderzoek is een van de weinige uit die stal die het tot een artikel in een serieus medisch tijdschrift heeft gebracht. De teleurstellende uitkomst wordt eerlijk opgebiecht, maar leidt niet tot de enig juiste conclusie namelijk dat deze therapie nutteloos is. In plaats daarvan wordt toch weer voor nader onderzoek gepleit, de mantra van praktisch elk negatief onderzoek uit de alternatieve sector. Schokkend is het koeterwaals dat de osteopaten te berde brengen in de beschrijving van de mogelijkheden van de door hen toegepaste handgrepen. Allemaal anatomische onmogelijkheden. Dat een serieus medisch tijdschrift als het *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* dit onderzoek heeft gepubliceerd en er negen pagina's voor over heeft is eveneens schokkend, maar daarbij hebben wellicht politieke overwegingen meegespeeld. Het leert ons ook dat kwakzalvers ongunstig nieuws niet altijd onder de pet houden. Wellicht heeft de regelgeving met haar sancties hen daartoe gedwongen en is het niet alleen maar onbaatzuchtige integriteit. ●

Zijn alternatief werkende huisartsen goedkoper?

R. Giebels

Afgelopen jaar verschenen twee artikelen met de boodschap dat alternatief ('complementair') werkende huisartsen goedkoper zijn dan regulier werkende huisartsen.¹ Een van de auteurs, Baars, is onder andere als senior-onderzoeker verbonden aan het antroposofische Louis Bolk Instituut. Op beide artikelen volgden kritische reacties van Pomp² en Sampson³. Zij stelden dat de gesignaleerde lagere kosten ten onrechte werden toegerekend aan alternatief werkende huisartsen omdat andere relevante verklarende variabelen (zoals de sociaal-economische kenmerken van de verzekerden) onvoldoende in de analyse zijn betrokken.

Er zijn meerdere redenen waarom de boodschap dat alternatieve huisartsen goedkoper werken kant noch wal raakt. In het volgende wordt daartoe ingegaan op de belangrijkste bevindingen van de onderzoekers en de betekenis die daaraan kan worden gegeven.

BEVINDINGEN

Op basis van een omvangrijk bestand van verzekerden bij Agis (1,5 miljoen en ruim 9.000 huisartsen⁴), hebben de onderzoekers schattingen verricht volgens een statistisch model. In dit model worden de verschillende onderdelen van de ziektekosten (huisartsen, medicijnen, ziekenhuis en paramedisch) per verzekerde over de periode 2006-2011 verklaard uit leeftijd en geslacht, de postcode van de verzekerde, al dan niet wonend in een Vogelaarwijk. Deze laatste vormen indicatoren voor de sociaal-economische kenmerken (opleiding, inkomen en dergelijke) van de verzekerde.



Tenslotte, en daar gaat het in dit verband om: het model bevat als verklarende variabele voor de kosten per verzekerde, het ingeschreven zijn bij een regulier werkende huisarts dan wel een alternatief werkende huisarts. Die laatste groep is relatief klein (1,2% van de huisartspraktijken) en bestaat voornamelijk uit antroposofen, homeopaten en acupuncturisten.

Uit de schattingen komen de volgende verschillen tussen verzekerden bij alternatief en regulier werkende huisartsen naar voren, rekening houdend met leeftijd, geslacht, postcode en al dan niet wonend in een Vogelaarwijk⁵:

- de jaarlijkse kosten gedekt uit het basiszorgpakket in de alternatieve praktijken zijn

gemiddeld 12% (€ 225) lager dan in reguliere praktijken;

- de jaarlijkse kosten gedekt uit het aanvullend zorgpakket in alternatieve praktijken zijn 43% (€ 33) hoger dan in de reguliere praktijken;
- de grootste verschillen zijn zichtbaar in het laatste levensjaar, vooral in lagere kosten van ziekenhuisopname van verzekerden in alternatieve praktijken;
- er zijn geen significante verschillen in de sterftekans.

COMMENTAAR

De beperking tot basis- en aanvullend zorgpakket is belangrijk. Het gaat om het deel van de zorgkosten die via de ziektekostenverzekering worden gedekt. De andere collectief gedekte kosten (de AWBZ, ongeveer 40% van de totale collectief gedekte zorgkosten) blijven buiten beschouwing. Dit laatste is niet zonder belang omdat de grootste gesignaleerde verschillen betrekking hebben op het laatste levensjaar waarin, naar men mag verwachten, ook de niet onderzochte AWBZ kosten (zoals verpleeghuis-kosten) hoog zullen zijn.

Zoals de onderzoekers zelf vermelden is het denkbaar en zelfs waarschijnlijk dat mensen die alternatief werkende huisartsen bezoeken, naast de vergoede zorgkosten, relatief meer (extra) geld uitgeven aan niet vergoede medicijnen of behandeling. Temeer omdat de meeste aanvullende zorgpolissen een maximum kennen aan vergoede kosten van alternatieve behandelingen.

Maar de afbakening tussen zorg- en niet zorgkosten kent hoe dan ook een grijs gebied: cultuurreizen van de *NRC* zijn misschien voor sommige deelnemers ook wel een vorm van zelfmedicatie. Het is de vraag wat eigenlijk het belang is van uitgaven ten behoeve van de gezondheid die niet collectief als ziektekosten gedekt worden: iedereen mag zelf uitmaken waar eigen geld aan besteed wordt?

Maar dit betekent wel dat de in de analyse betrokken kosten nooit een maat kunnen zijn voor verschillen in efficiëntie van zorg.

Een mogelijke andere verklaring voor de lage kosten van het basispakket in alternatieve praktijken kan zijn dat de gebruikers en hun huisartsen weinig vertrouwen hebben in het basispakket. Antroposofen (de meeste van de

onderzochte alternatieve praktijken) menen bovendien dat ziekten een nuttige functie (kunnen) hebben en niet altijd te vuur en te zwaard bestreden hoeven te worden. Spontaan herstel zal vaak even goed optreden. Een keerzijde is dan wel het bijvoorbeeld langere ziekteverzuim.

Een belangrijk bezwaar tegen de gepresenteerde resultaten is dat zeker niet alle relevante kenmerken van een patiënt, die de kosten van basis- en aanvullend zorgpakket verklaren, in het model zijn meegenomen. Dit voorbehoud maken de onderzoeker overigens zelf ook.

Zo zullen gebruikers van alternatieve praktijken wellicht relatief meer aandacht hebben voor de eigen gezondheid en bijvoorbeeld daarom minder roken en drinken, en meer bewegen. Dat is dan geen verdienste van de alternatieve praktijken.

Bekend is dat gebruikers van alternatieve gezondheidszorg relatief beter zijn opgeleid. Uit onderzoek (bijvoorbeeld CPB 2013) blijkt dat opleidingsniveau en inkomen belangrijke determinanten zijn van verschillen in zorgkosten. Het is zeer de vraag of verschillen in opleidingsniveau in voldoende mate worden gepresenteerd door de in het model gebruikte postcode en ja/nee wonend in een Vogelbaar wijk⁶.

Rokers veroorzaken aanzienlijk hogere zorgkosten, ook deze variabele is in de analyse niet als verklarende variabele opgenomen. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat onder de verzekerden van alternatief werkende huisartsen relatief minder rokers voorkomen en dat een deel van de lagere kosten daaruit verklaard kan worden.

Anders gezegd: de verschillen in zorgkosten zijn niet gebaseerd op vergelijkbare patiënten

In de onderzochte groep verzekerden waren er 10.000 die in de beschouwde zes jaren wisselden tussen regulier en alternatief werkende praktijken (soms meer dan één keer). Dat is veel ten opzichte van de 18.000 die gedurende de volledige zes jaren waren ingeschreven bij een alternatieve praktijk. Dit kan van belang zijn omdat het denkbaar is dat verzekerden als het ernstig, dus duur, wordt, (weer) hun toevlucht nemen tot een reguliere huisarts.⁷

Kortom: de beide populaties (verzekerden bij respectievelijk alternatief en reguliere huisartsen) zijn niet zonder meer vergelijkbaar en met de in de analyse betrokken variabelen kan hier niet afdoende voor worden gecorrigeerd.

Het bezwaar, onder andere van de Vereniging tegen de Kwakzalverij, tegen de in dit onderzoek genoemde ‘complementair werkende’ huisartsen is primair dat zij therapieën voorschrijven waarvan de werking niet is aangetoond en dus onterecht effectiviteit claimen, los van de vraag of deze behandelingen al dan niet goedkoper (efficiënter) zijn dan reguliere behandelingen. Indien de verzekerde zorgkosten van deze behandelingen relatief laag blijken te zijn, zonder dat dit leidt tot een grotere sterftekans, dan is dat een wel erg schrale troost.

Vanuit de onderliggende gedachte dat de alternatieve huisarts beter is want goedkoper, zou de voorkeur uitgaan naar verzekeren die geen enkel beroep doen op het basispakket. Dus een huisarts die elke patiënt met een basispakket ervan overtuigt dat het basispakket geen enkele zin heeft en hij/zij maar beter niets kan doen of gebruik maken van middelen buiten het basispakket zou het beste scoren. Het hoeft weinig betoog dat dit vanuit de collectieve doelstellingen van de gezondheidszorg niet wenselijk is: weliswaar efficiënt maar niet effectief.

CONCLUSIE

Onderzoek naar verschillen tussen louter de collectief gedekte kosten in het basis- en aanvullend zorgpakket onder verzekeren van enerzijds reguliere en anderzijds alternatief werkende huisartsen is weinig relevant. Dergelijke verschillen zouden alleen betekenis hebben indien deze lagere kosten ook aantoonbaar effectief zijn. De onderhavige analyse biedt hiervoor geen onderbouwing. ●

Noten

1 Kooreman P en Baars EW, Complementair werkende huisartsen en de kosten van zorg, *ESB*, 7 februari 2014 blz. 9092 en Baars

EW en Kooreman P, a 6-year comparative economic evaluation of helthcare costs and mortality rate of Dutch patients from conventional and CAM GPs, *BMJ* open 2014, ;4:e005332. Ik beperk mij tot het artikel in *BMJ* dat het meest uitgebreide is, het artikel in *ESB* is min of meer een samenvatting hiervan.

2 Plomp M, Reactie op complementair werkende huisartsen de kosten van zorg en *ESB*, *ESB* 21 februari 2014.

3 Sampson CJ, Does CAM training for GP's really recuce healthcare costs?, *BMJ* open, 8 september 2014.

4 Het aantal van 9.000 huisartsen, waar (dus) minstens één Agis verzekerde moet zijn ingeschreven, is 15% hoger dan het totaal aantal (circa 7.800 in de beschouwde periode) van in Nederland zelfstandig werkzame huisartsen (bron: cijfers van de cijfers uit de registratie van huisartsen van het NIVEL). In het artikel wordt toegelicht dat vanwege de systematiek van de zorgverzekeraars een huisarts meer dan één keer kan zijn meegeteld.

5 Uit de publicatie is niet duidelijk hoe dit precies in het geschatte model is gespecificeerd. Op vragen hierover hebben de onderzoekers niet gereageerd.

6 Pomp wijst er op dat de auteurs in een eerdere analyse hebben gesteld dat binnen een 4-digit postcode de sociaal economische verschillen ‘typically large’ zijn.

7 Zie appendix 1 bij het artikel: de 70% die één keer wisselde van CAM naar regulier had € 360 extra kosten uit het basispakket (rekening houdend met andere verklarende variabelen zoals leeftijd). Dai is méér dan het in het artikel gepresenteerde verschil van € 225 kosten basispakket tussen CAM en regulier.

Chiropraxie in Zwitserland universitaire opleiding

Frank de Winter

In juni 2014 verscheen er een klein, maar opmerkelijk bericht in de *Neue Zürcher Zeitung*. Er werd enerzijds vastgesteld dat er in Zwitserland nog steeds een tekort aan artsen is (overigens ligt het aantal artsen per 100.000 inwoners hoger dan in Nederland) en anderzijds dat de numerus clausus gehandhaafd bleef. Het opvallende was dat er van de 300 plaatsen voor geneeskundestudenten aan de Universiteit van Zürich 20 waren gereserveerd voor studenten chiropraxie.



In Zwitserland blijkt een gerenommeerde universiteit zich dus gecommitteerd te hebben aan de opleiding chiropraxie en bovendien leek het erop dat er een keuze was gemaakt voor chiropraxie in plaats van 20 extra plaatsen geneeskunde, waaraan eigenlijk behoefte was.

Zwitserland heeft de reputatie de alternatieve geneeskunde, vooral die van antroposofische en homeopathische snit, een warm hart toe te dragen. In plaats van dat de regering leidend, opvoedend en verantwoord te werk gaat, hadden de politici zich enkele jaren geleden waarschijnlijk gerealiseerd dat er toch wel een belangrijk aantal stemmen viel te winnen als chiropractoren werden erkend als professionele zorgverle-

ners. Een federale wet realiseerde vervolgens de erkenning zonder dat er een opleiding was en daarom werd een kostbare opleiding in het buitenland, veelal in de Verenigde Staten, door de Zwitserse staat betaald. Toen de stap tot erkenning was genomen lag het voor de hand om de opleiding in eigen land onder te brengen om zo kosten te besparen. Er werden 20 extra plaatsen aan de numerus clausus van geneeskunde toegevoegd ten behoeve van chiropraxie, en dus niet afgenomen van de geneeskunde, en er werd financiering voor de opleiding aangeboden.

De Universiteit van Zürich besloot, als burgemeester in oorlogstijd, dat toen de erkenning van de chiropractor als professionele zorgver-

lener een feit was en er een buidel met geld voor de opleiding beschikbaar is, dit een kans betekende die zij niet moest laten liggen. De gerenommeerde, universitaire orthopediekliniek (Balgrist, 900 medewerkers, 5000 operaties per jaar) heeft zonder wetenschappelijke scrupules de opleiding ter hand genomen en chiropractoren staan inmiddels samen met echte dokters op de lijst van medewerkers. De universiteit verzorgt de eerste vier jaren van de zesjarige opleiding op interessante (en voor de universiteit goedkope) wijze: helemaal samen met de studenten geneeskunde. Na die vier jaar hebben de chiropractoren in spe zelfs de mogelijkheid om alsnog over te stappen naar en voort te gaan met de studie geneeskunde. De laatste twee jaar kunnen gebruikt worden voor het volgen van een praktijkopleiding in chiropraxiepraktijken buiten de universiteit.

Volgens dr. Christian Gerber, hoofd van de

Balgrist kliniek, worden chiropractoren vooralsnog beschouwd als zorgprofessionals die een wat onduidelijke rol vervullen in de conservatieve behandeling van functionele problemen van het bewegingssysteem en zal uiteindelijk nog moeten blijken wat hun nut werkelijk is en of zij meer kosteneffectief zijn dan andere *non-evidence-based* zorgverleners zoals fysiotherapeuten.

Opmerkelijk om op deze basis een opleiding te beginnen; de financiering van de opleiding was kennelijk zo royaal dat de wetenschap het onderspit moest delven. ●

F. de Winter was orthodontist met een eigen praktijk en was als part-time docent verbonden aan de opleiding orthodontie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)

Weer een naamswijziging voor het NCCAM, het Amerikaanse alternatieve ZonMw

C.N.M. Renckens

Op instigatie van democratisch senator Tom Harkin die genezen was van hooikoorts door een alternatieve aanpak met bijenpollen werd in 1992 het *Office of Alternative Medicine* (OAM) opgericht met een jaarlijks budget van twee miljoen dollar. Hij had in de senaat nog een medestander, die meende genezen te zijn dankzij colostrum (biest) en een serum tegen prostaatkanker. In 1998 werd het instituut opgenomen in de rijen van de *National Institutes of Health* (NIH) en toen was het jaarlijkse budget al opgelopen tot 50 miljoen dollar.

Het OAM werd aanvankelijk geleid door Joseph Jacobs, maar die was naar het oordeel van Harkin te streng bij de beoordelingen van onderzoeksaanvragen en werd in 1994 ontslagen in ruil voor een meer pro-alternatieve figuur. Deze tweede directeur was de homeopaat Wayne Jonas, door onze geestverwanten in de Verenigde Staten betiteld als het schoothondje van de 'Harkinites' in de Senaat, een man die vorig jaar nog naar Nederland werd gehaald door ZonMw, dat zijn Signalement Complementaire Zorg aan het voorbereiden was. In 1996 was Jonas mede-auteur van het boek *Healing With Homeopathy: The Complete Guide*. Hij werd – inmiddels afvallig homeopaat – in 1998 opgevolgd door Stephen Straus, een serieus onderzoeker. In 2007 noemde Bill Clinton Harkin 'a great friend of scientific research'. Sinds 2008 heeft dr. Josephine Briggs de leiding overgenomen. Toen het OAM officieel de prestigieuze positie kreeg als NIH-centrum, werd de naam OAM gewijzigd in overeenstemming met het trendy taalgebruik van de kwakzalver:



Tom Harkin



Wayne Jonas,
directeur OAM
1995-1999

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Harkin nam dit jaar afscheid als senator. Volgens Briggs, die in april 2014 een oproep deed tot haar achterban om met een nieuwe naam te komen, waren er nog maar weinig burgers, die zich echt tot een

alternatieve geneeswijze wendden in die zin dat deze geneeswijze in de plaats kwam van reguliere hulp. Vrijwel allen die gebruik maken van niet-reguliere zorg doen dat als aanvulling of in de vorm van een geïntegreerde alternatieve/reguliere aanpak. Onze Amerikaanse medestrijder en bloggend oncoloog David Gorski (website: Respectful Insolence) schreef een vrolijk stukje over de naam-suggesties die binnen de kwakzalverijbestrijding circuleerden. Zo was er het voorstel het centrum *National Center for Research on Supplements, Complementary and Alternative Medicines* (SCAMs¹) te noemen. Andere suggesties waren *National Center for Research on Tooth Fairy Medicine*, *National Center for Research on Snake Oil and Science Denial*, *National Center for Unprovable Therapies*, en *National Center for More Research is Needed*. Gorski suggereerde een kleine modificatie tot: *National Center for More Research Is Always Needed, No Matter How Implausible the Treatment or Negative the findings*. Gorski's favoriet was afkomstig van Harriet Hall en was te lezen op de *HealthFraud* mailing lijst: *Center for Studying Things Scientists Would-*

n't Otherwise Bother Studying. Deze sloeg de spijker op de kop, aldus Gorski. De keuze zou uiteindelijk vallen op *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), aldus werd begin januari 2015 bekend gemaakt. Gorski denkt dat de nieuwe naam misschien minder slecht ligt bij serieuze wetenschappers of politici, maar het zal geen verschil maken zolang de vlag de lading niet dekt en de hele onderneming door blijft gaan met het subsidiëren van kansloos veelal absurd onderzoek. De enige uitzondering zouden de kruidenmiddelen kunnen zijn, maar daarvoor is geen NCCAM of NCCIH nodig: het kan worden ondergebracht in NIH-centra waar farmacognosten en farmacologen zullen beoordelen wat zinvolle research is. Het NCCIH kan per direct worden afgeschaft. Gorski noemde de naamwijzigingsoperatie 'polishing the turd'. Ook het Nederlands kent een toepasselijke uitdrukking voor dit type *window dressing*. Al draagt een aap een gouden ring, het is en blijft een lelijk ding. ●

Noot

1 *Scam* is Engels voor oplichting.



Echtpaar Clinton met Harkin op zijn afscheidsfeest sept. 2014

Update Davide Vannoni

Sophie J. M. Josephus Jitta

Even het geheugen opfrissen. In het tweede nummer van het *Nederlands Tijdschrift tegen de Kwakzalverij* van 2014 heb ik aandacht besteed aan Davide Vannoni, de jongste loot aan de Italiaanse kwakzalversboom. Hij is de bedenker en ‘promotor’ van de *metodo stamina*, een stamceltherapie waarmee naar eigen zeggen zo’n twintig chronische ziekten te behandelen en zelfs te genezen zouden zijn. Later hoogde hij dit aantal trouwens op naar vijfenveertig.

Het betrof niet de minste ziekten: onder andere MS, kanker, parkinson en SMA, spinale spieratrofie, een vreselijke en soms dodelijke aandoening die al op kinderleeftijd kan beginnen. Hij wist ergens een flinke subsidie los te peuteren en kreeg een ziekenhuis in Brescia zover dat het ging experimenteren met injecties met stamcellen, zonder dat het daarvoor vereiste protocol was gevolgd en zonder dat er ook maar een schijntje van bewijs voor de werking van de *infusioni* was. De therapie werd niet alleen in dit ziekenhuis maar ook in schoonheidssalons gegeven en als ik de Italiaanse krant mag geloven zelfs in een beter soort trapkasten.

Met zijn getetter in de media wist Vannoni duizenden hoop te geven, veelal ouders van ernstig zieke en vaak ten dode opgeschreven kinderen in Zuid-Italië. Zoals een rechtgeaarde kwakzalver betaamt, klopte hij daarbij ook de allerarmsten nog geld uit de zak, hoewel hij had beloofd dat zijn therapie *gratis per tutti* zou zijn. Er wordt overigens gezegd dat hij sommige – draagkrachtige – mensen bedragen liet betalen van wel 50.000 euro per behandeling. Werd hij in de media bejubeld, door artsen werd hij verguisd. En zo kwam het in 2014, na niet veel meer dan een jaar *metodo stamina*, toch

tot ingrijpen van de *Ministro della Salute*: de behandelingen in het Bresciaanse ziekenhuis dienden te worden stopgezet. Haar besluit leidde vanzelfsprekend tot een enorm kabaal in de media, tot protesten van talloze wanhopige ouders en tot pure pro-Vannonimarsen in Rome, waar de Italiaanse regering zetelt. Vannoni ging tegen het besluit van de Minister van Gezondheid in beroep, bij de Rechtbank voor Bestuursrechtelijke Zaken (TAR) van Rome.

Hoe is het Vannoni sindsdien vergaan? Iemand die in staat is zoveel desperate mensen te mobiliseren, laat zich door zo’n ministertje natuurlijk niet de les lezen. Misschien even niet stamieren in Italië, maar komaan, er bestaan toch wel meer landen? En zo probeerde hij vaste voet aan wal te krijgen in Afrika, in Kaapverdië om precies te zijn, waarbij hij werd geholpen door een Italiaanse (en in Italië voor het zich valselijk uitgeven voor arts veroordeelde) medekwak. Vannoni had al zo’n tweehonderd Italianen die waren geïnteresseerd in het in Kaapverdië voortzetten van de stamceltherapie bijeengebracht. Dat de behandeling daar 18.000 euro, inclusief de reis vanuit Italië, ging kosten, was voor hen blijkbaar geen bezwaar. De Italiaanse collega-kwak zou hem introduceren bij de lokale Kaapverdise Hoge Omes, alleen,

de Hoge Omes roken uiteindelijk lont en het hele zaakje ging op het nippertje niet door. Wie denkt dat dit het einde betekende van Vannoni en zijn *metodo stamina* heeft het mis. Vannoni liet zich niet uit het veld slaan en besloot het over een andere boeg te gooien: op naar het Europees Parlement (EP). Hij liet zich hoog op de lijst van een rechtse protestpartij met nogal wat aanhang in Zuid-Italië zetten en hoopte verkozen te worden tot parlements lid. Dan kon hij de niet in te dammen Europese geldstromen mooi richting zijn *Fondazione Stamina* sturen. Het EP is, zoals bekend, een instelling die zijn leden belastingvrij met vele duizenden euro's per maand beloont voor het vervaardigen van regels die mijns inziens voornamelijk de lachlust opwekken. Zo is mijn biologische melk onlangs 20 cent duurder geworden, omdat het Europees Parlement heeft voorgeschreven dat de schoongeboende schroefdoppen van de ingeleverde lege flessen niet langer mogen worden hergebruikt, de flessen zelf vreemd genoeg weer wel, maar dit terzijde. Eurogeld zou Vannoni deksels goed kunnen gebruiken, omdat zijn Stichting Stamcel in 2014 uit het Register van goede doelenorganisaties was geschrapt. Helaas voor onze Davide, hij werd niet gekozen. Waarom precies niet, heb ik in de Italiaanse pers niet kunnen achterhalen.

Dat zag er lelijk uit voor Vannoni. In Italië wel steun van duizenden wanhopige mensen maar geen toestemming om door te gaan met zijn stamceltherapie. In Afrika geen voet aan de grond gekregen en evenmin Europarlementariër geworden. Daar kwam bij dat de minister

stringente maatregelen nam om te voorkomen dat er toch een 'business', een stamceltoerisme, zou ontstaan. En of dit alles nog niet genoeg was, bleek ook de Italiaanse justitie niet echt te hebben stilgezeten. Sterker nog, Davide Vannoni is inmiddels voor de rechtbank in Turijn (zijn geboortestad) gedaagd wegens deelname aan een criminele organisatie met het oogmerk de provincie Piemonte op te lichten. Hij zou volgens het Openbaar Ministerie als lid van een deze 'club' tot alles bereid zijn geweest om aan geld te komen. Een tweede proces staat reeds in de steigers: er is een strafrechtelijk onderzoek gaande naar Vannoni's vermoede abusievelijk uitoefenen van de medische professie en het toedienen van gevaarlijke medicijnen.

Vers van de pers is het volgende bericht. Vannoni heeft begrepen dat het er voor hem slecht uitziet en heeft daarom de Turijnse rechtbank een voorstel tot schikking gedaan. In ruil voor het stopzetten van zijn niet-erkende, experimentele toediening van stamcellen en het intrekken van zijn beroep bij de TAR is hij bereid een lichte straf van een jaar en tien maanden te ondergaan. Natuurlijk schuilt er wel een adertje onder het gras: als zijn voorstel tot schikking wordt geaccepteerd, dan kan hij gewoon gebruik maken van de regeling die voorwaardelijke opschorting van de tenuitvoerlegging van het vonnis mogelijk maakt. In gewone mensentaal, dan hoeft hij het gevang niet in. Het wachten is nu op de reactie van de Turijnse rechtbank en naar verluidt wordt er 18 maart aanstaande uitspraak gedaan. Ik houd u op de hoogte. ●

Lopende zaken

C.N.M. Renckens

MOLINA, DOCTOR IN DE CHIROPRACTIE

Het is onze lezers bekend: het Leeuwarder Hof sprak in april jl. uit dat de Mexicaans/Drentse chiropractor Molina de doctorstitel mag voeren. Gelukkig besloot de advocaat-generaal tegen deze curieuze uitspraak in cassatie te gaan bij de Hoge Raad. Begin november informeerden wij bij de Hoge Raad naar de voortgang van de cassatieprocedure, maar het bleek dat men het gehele dossier weer had geretourneerd naar het hof in Leeuwarden, omdat de cassatie niet 'ad hominem', dat wil zeggen in persoon was 'betekend' bij Molina. Eind november 2014 vernam ik van het ressortsparket Arnhem/Leeuwarden dat de betekening al in mei 2014 had plaatsgevonden, maar dat dat door een achterstand (werkdruk, werkdruk) niet in het dossier was vermeld. Naar aanleiding van een telefoontje mijnerzijds eind oktober had men deze omissie gecorrigeerd en het nu complete dossier was op 3 november naar de Hoge Raad verzonden. Begin februari 2015 liet men mij bij de Hoge Raad weten nog niet aan de slag te kunnen, want men had het dossier nog niet ontvangen. Ik moest informeren bij het verantwoordelijke ressortsparket Arnhem/Leeuwarden alwaar men mij doorverwees naar het hof in Leeuwarden, want dat moet die zaak aanleveren. Toen men mij in Leeuwarden weer wilde doorverwijzen naar het ressortsparket Arnhem/Leeuwarden brak er iets in uw altijd zo gelijkmoedige activist en verzocht ik hen om de tegengestelde verklaringen onderling te bespreken en mij daarna op de hoogte te stellen. Teruggebeld werd ik niet.

DR. MICHIELS, NATUROPAAT TE VINKEVEEN

De aangifte wegens misbruik van de doctorstitel tegen deze ex-verpleger dateert al weer van maart 2013, maar veel schot zit er niet in de zaak. In een telefonisch contact met de verbaliserende politiemans liet deze doorschemeren, dat hij iets over een sepot had vernomen, samenhangende met de uitspraak van het Leeuwarder hof in de zaak-Molina. Na enkele telefoontjes met Slachtofferhulp, die bijna niets kan zeggen of beïnvloeden kwam er onverwachts op 13 november toch een bericht van de vrijwilligersorganisatie Slachtofferhulp: 'De laatste stand van zaken is dat het proces-verbaal 27 juli 2014 vanuit het Openbaar Ministerie, retour is gestuurd naar de Politie voor aanvulling van het proces-verbaal. Hiervan bent u ook op de hoogte gebracht. (klopt niet, CR.) Het proces-verbaal is nog niet teruggestuurd naar het Openbaar Ministerie. Politie is nog bezig met het aanvullend onderzoek.'

Toen ik begin februari 2015 nog steeds niets vernomen had besloot ik weer contact te zoeken met de vrijwilligers. Eerst per e-mail. Daarop kwam geen reactie. Het politiebureau kon mij doorverbinden naar de verantwoordelijke agent-verbalisant. Deze had al bijna twee jaar niets meer van de zaak gehoord en meende te weten dat deze was geseponeerd. Zulks had ik volgens hem te horen moeten krijgen van het parket. Dit is echter nooit gebeurd. Hij zou zelf navraag doen bij het parket. Ik hoorde dan nog wel van hem. Multatuli zei al eens dat rechters er niet waren om recht te spreken, maar om kwesties te beëindigen. Zelfs daarop laat de magistratuur ons in deze zaak wel erg lang wachten. ●

Ad hominem

C.N.M. Renckens

R. HOENDERS, WINNAAR PRUIMENBLOESEMPRIJS 2014

Een kort en natuurlijk weer foutief berichtje op de website van het op het Groningse UMCG-terrein opererende Hwa To Centre luidde: 'Promotie (bij prof.dr. De Jong en prof.dr. Slaets) tot doctor in de geneeskunde op proefschrift *Integrative Psychiatry*, waarin aandacht is besteed aan acupunctuur. (dr. R. Hoenders won vanwege zijn proefschrift de Pruimenbloesemprijs van de Nederlandse Patiëntenvereniging voor Acupunctuur NPVA vanwege de bijzondere bijdrage aan de ontwikkeling van acupunctuur in Nederland)'. Zijn promotoren waren echter de psychiaters prof.dr. J.T.V.M. de Jong en prof. dr. P. de Jonge, Slaets maakte slechts deel uit van de promotiecommissie. Die nuances zijn de twee HTC-acupuncturisten ontgaan, hoewel een van hen zich 'professor in de acupunctuur' noemt. Zo iemand zou toch van het promotiereglement op de hoogte mogen zijn.

Wij hebben het ondermaatse proefschrift van Hoenders goed bestudeerd, maar konden ons niets herinneren van zijn onderzoek naar acupunctuur bij psychische stoornissen. Het had gekund – Hoenders is er gek genoeg voor – maar ook bij herlezing is er over acupunc-



HTC-plaquette in originele staat' en HTC-plaquette, bijgeknipt

tuur nauwelijks iets te vinden. Wel zegt hij in de discussie dat het werkingsmechanisme van acupunctuur bestudeerd moet worden in de bredere context van de TCM en dan met een 'systeembioologische aanpak'. Dat Hoenders alleen al met het opschrijven van deze woorden de Pruimenbloesemprijs in de wacht sleepte geeft wel aan hoe treurig het met de research naar de Chinese naaldvakken is gesteld in ons land. NPVA-bestuurslid Brian de Mello reikte de prijs op 14 juli 2014 uit. Met voornoemde teksten zou Hoenders een bijzondere bijdrage hebben geleverd aan de acupunctuur in Nederland(!). Aanleiding voor de toekenning van de prijs aan de heer Hoenders is zijn promotieonderzoek *Integrative Psychiatry* uit januari 2014. De website van de NPVA stelde verder: 'Men zou enthousiasme over de bevindingen van de heer Hoenders verwachten. Er kwam echter zware maar ongefundeerde kritiek van groepen

medici en aanhangige media. Gelukkig staat de heer Hoenders pal voor de wetenschap en voor de patiënten die recht hebben op de beste zorg. En daarmee bewijst hij een waardige winnaar te zijn van de Pruimenbloesemprijs.' Verder commentaar overbodig.

NARROW ESCAPE: MICHAEL BOOGAARD ONTKOMT AAN DE BELGISCHE DOPING AUTORITEIT

Lange tijd bleef Michael Boogerd ontkennen dat hij ooit doping had gebruikt, maar de Nederlandse Doping Autoriteit beschikte over toenevende bewijzen voor het tegendeel en stond op het punt hem op te roepen voor nader verhoor. Toen besloot de voormalig kopman van de Rabobank Wielerploeg tot een vlucht vooruit en hij bekende in een exclusief televisie-interview (6 maart 2013) met NOS Sport dat hij van 1997 tot het einde van zijn carrière in 2007 gebruik maakte van epo, bloedtransfusies en cortisonen. Omdat Boogerd als fiscaal vluchteling in België woonachtig was in de periode waarin hij al die doping tot zich nam, nam de internationale wielervederunie UCI het onderzoek in maart 2013 over van de Nederlandse Doping Autoriteit.



Michael B.

Op 3 juni 2013 meldt de bondsprocureur Jaak Fransen van de Belgische wielerbond KBWB per e-mail aan de directeur van de Nederlandse Dopingautoriteit, dat hij inmiddels had begrepen dat Michael Boogerd de laatste acht jaar fietste op een Belgische licentie: 'Deze morgen bekwam ik evenwel bevestiging van het feit dat de heer Michael Boogerd de laatste acht jaar (1999-2007) toch onder Belgische licentie actief is geweest, hetgeen mij en de Disciplinaire Commissie zitting houdende inzake Dopingpraktijken van de KBWB/WBV terzake mogelijks wel bevoegd maakt'. Dit gegeven leidde er-

toe, dat de UCI op 30 oktober 2013 het dossier Michael Boogerd overdroeg aan de Belgische dopingautoriteit KBWB. Dat bericht moet bij Boogerd zijn ingeslagen als een bom, want de reputatie van de KBWB op dit punt is algemeen bekend: men straft dopinggebruik zeer streng. Wij hoeven onze lezers er maar aan te herinneren hoe onze landgenoot Stefan van Dijk levenslang werd geschorst, alleen maar omdat hij voor een doorzeurende Pfeiffer-infectie bij een alternatieve genezer een EigenBloedbehandeling had ondergaan. (Een fel protest van de VtdK tegen deze erkenning van een kwakzalversmethode bleef zonder effect). Eenzelfde hardhandig optreden dreigde nu zeker ook tegen Boogerd te gaan gebeuren. Hij heeft zijn actieve carrière weliswaar afgesloten, maar wil wel graag als ploegleider actief blijven. Een jaar lang gebeurde er vervolgens niets totdat in november 2014 bekend werd dat de Belgen het dossier weer hadden overgedragen aan de UCI. Boogerd's advocaat Pol Vandemeulebroucke reageerde verrast: 'Ik heb nog geen enkel bericht van de Belgische wielerbond ontvangen'. Toch zal vreugde hebben overheerst bij Boogerd, want de UCI reageert tegenwoordig vrij mild op dopingzondaars, zoals wel blijkt uit de aan de Kazakstaanse Astana-ploeg van teammanager Alexandre Vinokoerov van verleende startlicentie ondanks het feit daar in die ploeg maar liefst een vijftal dopingaffaires speelde. 'Niemand verbergt iets. Ik heb in 2007 al gezegd dat ik met Ferrari gewerkt heb, maar later niet meer', zegt Vinokoerov tegen de Kazakse website Sport-Zakon. 'Alles is één grote leugen. Er zijn duidelijk bepaalde mensen die willen dat Astana geen licentie krijgt, maar wij zijn de UCI dankbaar dat ze onze zaak goed onderzocht hebben.' Medio januari 2015 maakte de Belgische bond bekend dat Boogerd een tijdelijke licentie als ploegleider kan krijgen. Enkele dagen later kwam Ram van de Nederlandse Dopingautoriteit naar buiten met het nieuws dat Boogerd zich ook echt schuldig had gemaakt aan bloed-doping: hij kreeg dit bloed van zijn broer.

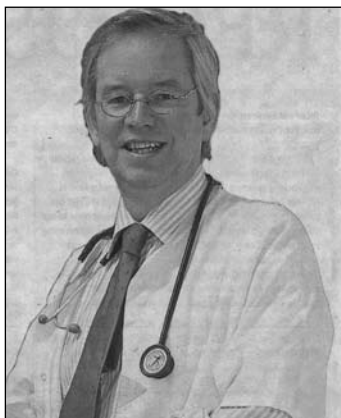
GETERGD: DOKTER FRANK

De internist F. van Berkum is verbonden aan het ziekenhuis te Hengelo. De meeste internisten verrichten in alle rust en buiten de publiciteit hun zegenrijke arbeid, zeker als zij werkzaam

zijn in een algemeen ziekenhuis. Zo niet Van Berkum, met wie in de GDP-pers op 29 november een paginagroot interview verscheen waarin onder meer de volgende passage te lezen viel: 'Zijn spreekuren zitten bomvol. Vrije dagen neemt hij amper en hééft hij vrije tijd, dan besteedt hij die aan onderzoek. Maar hij kan de maatschappij niet in zijn eentje veranderen.' Bij het interview staat een grote foto van deze harde werker, in witte jas met de stethoscoop losjes bungelend rond de nek. Wie is dat nu ook al weer? Ah, natuurlijk: we hebben hier te maken met de landelijk bekende Dokter Frank, die zijn eigen vermageringsdiëet ontwikkelde en daarover een boek schreef in 2009. Dat werd een rage omdat de toen moddervette hoofdredacteur Paradijs van *De Telegraaf* in zijn krant reclame ging maken met zichzelf als patiënt. Later slaagde hij er pas echt in af te vallen na een maagverkleining, maar daarover horen wij Dokter Frank niet. Van Berkum richtte ook een website op, waarin de mensen in het land wekelijks een advies 'op maat' kregen nadat zij hun gewicht hadden doorgegeven. Ook vrouwen met lengte en gewicht op anorexianiveau kregen vrolijke mails met 'Goed bezig, ga zo door!' en al weer een caloriearm receptje. Katan betitelde hem reeds toen als charlatan en wees ook op zijn commerciële belangen.

Van Berkum richtte in zijn Hengelose ziekenhuis het Obesitascentrum op en reageert volgens de interviewer getergd als hij spreekt over de verwarring die er nu heerst op voedingsgebied in ons land met zijn diëten, eettrends, superfood en glutenvrije voeding. Uit mededogen met de burger die het niet meer weet en uit oprechte bezorgdheid over de volksgezondheid die bedreigd wordt door de vetzuchtpest schreef

hij na zijn bestsellers *Goed slank* met Dr. Frank en *Snel slank* met Dr. Frank al weer een boek, *Het hongerige brein*. Hij heeft zijn burn-out duidelijk overwonnen en doet zijn belofte dat hij zich gewoon weer met stethoscoop zou laten fotograferen gestand. Artsen die zich met medische adviezen en beweringen tot het algemene publiek richten behoren zich te baseren op de stand der wetenschap en in elk geval eerst steun te hebben gevonden bij kritische vakbroeders. Als je zo de publiciteit zoekt als Van Berkum en beweert al je vrije tijd in onderzoek te stoppen, dan moet je methode inmiddels wel een stevige wetenschappelijke basis hebben. Maar is dat wel zo? *Pubmed* biedt dan uitkomst, daar zullen zijn publicaties wel te vinden zijn. Welnu, sinds 1993, toen hij als internist in opleiding enkele artikelen schreef die niets met obesitas te maken hadden, vonden wij van de gedreven onderzoeker slechts twee publicaties. Een uit 2009 waar hij meedeed aan een door de industrie gesponsord onderzoek naar verschillen tussen verschillende bereidingen van vitamine D (een kleine bijverdienste is nooit weg!). En in 2012 was hij een van de zeven auteurs van een onderzoek van Soenen onder 132 dieetvolgers, waarin de vraag werd onderzocht of er qua blijvend gewichtsverlies verschillen zijn als er binnen de samenstelling van een laag calorisch dieet wordt gevarieerd tussen het aandeel van eiwit, koolhydraat of vet. Het artikel verscheen in een onbekend tijdschrift *Physiology and Behavior* en lijkt in de verste verte niet op een bewijs dat Dokter Frank's methode beter is dan alle andere vermageringsdiëten. Van Berkum, een gedreven onderzoeker, die al zijn resultaten geheim houdt: zou hij soms iets te verbergen hebben? ●



Dokter Frank

Reuma & Alternatieve behandelmethoden

C.N.M. Renckens

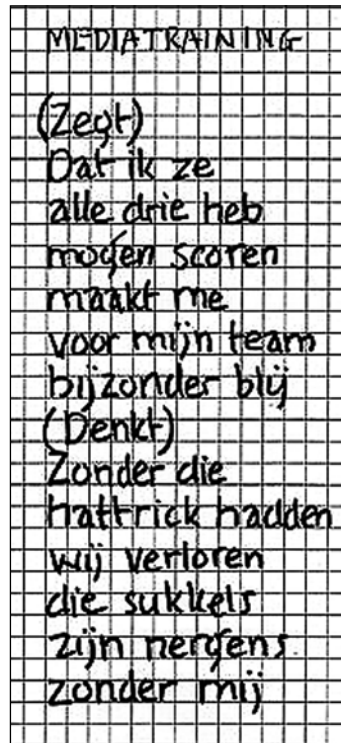


Het Reumafonds staat blijkens de inleidende woorden van directeur drs. Lodewijk Ridderbos neutraal ten opzichte van alternatieve en complementaire behandelmethoden. Veel mensen met gewrichtsziekten en/of aandoeningen maken gebruik van deze behandelmethoden en er zouden sinds 1993 veel nieuwe inzichten bij zijn gekomen. Daarom bestond de behoefte aan een herziene uitgave van een eerder verschenen boek over alternatieve geneeswijzen bij reuma, dat toen – ook onder auspiciën van het o zo neutrale Reumafonds – werd geschreven door de Twentse reumatoloog Rasker. Omdat uitsluitend negatieve oordelen over al die geneeswijzen het boek onleesbaar en de gehele exercitie achteraf feitelijk overbodig zou hebben gemaakt, moesten de auteurs iets verzinnen. Mijn verwachting

was dus dat bij verreweg de meeste van de beschreven 260 geneeswijzen het eindoordeel zou uitvallen zoals dat bij de aanwending van brandnetels bij artrose en reumatoïde artritis (RA). Dat luidde, na eerst een welgemeende waarschuwing ('Bij het plukken van brandnetels heeft men handschoenen nodig', pag. 370): 'Onderzoek wijst erop dat brandnetel ontstekingsremmende eigenschappen heeft. Toch is er nog geen definitief bewijs voor de werkzaamheid. Verder onderzoek is nodig'. Deze mantra, zo vaak gehoord bij onderzoek of meta-analysen van alternatieve geneeswijzen, komt ook in dit boek in eindeloze herhaling voor. De stereotypie doet niet onder voor de door mediatraining gesteriliseerde reactie van de profvoetballer die de winnende goal heeft gescoord en daarna de pers te woord mag staan. Niemand schetste dat

beter dan Frank Pels, de oud-reclameman en nu blogger op zijn eigen website (www.opportunisten.nl) in zijn bijdrage van oktober 2014.

Natuurlijk wisten Rasker en Van den Bemt wel dat er weinig koren onder het kaf te vinden zou zijn, maar dat vermocht hen niet af te schrikken. Maar wat een geestdodend werk moet dat zijn geweest dat de beide auteurs, de gepensioneerde reumatoloog Rasker en de apotheker Van den Bemt, hier hebben verricht! Zij hebben de literatuur geraadpleegd en hun licht opgestoken bij talrijke alternatieve genezers en hen om bewijzen van werkzaamheid gevraagd. Aldus hebben types als mesoloog Muts, acupuncturist Keppel Hesselink, makrobioot Jan Box, homeopate Christien Klein, orthomoleculaire Fokje Russchen, Ayurvedisch arts Victor Manhave en vele anderen inspraak gehad en zij worden daarvoor in het nawoord hartelijk bedankt. Onder het bekende motto 'Elke ketter heeft zijn letter' zijn al die informanten natuurlijk gekomen met enkele publicaties, die zo obscuur zijn dat ze niet zijn doorgedrongen tot de reguliere geneeskunde, zoals onderwezen aan onze studenten en opgenomen in richtlijnen en standaarden. De positieve grondhouding van de auteurs moet er natuurlijk toe leiden dat men af en toe een geneeswijze als werkzaam betitelt, de overgrote meerderheid afschildert zoals hierboven geciteerd voor de brandnetel (uitwendig op de gewrichten) en een restant als volstrekt onwerkzaam. Nooit te enthousiaste verhalen en het noemen van enkele contra-indicaties is ook altijd goed: acupunctuur mag niet bij zwangerschap, brandnetels niet bij borstvoeding en gebruik van prednison of valium maakt homeopathie onwerkzaam. Over de grondhouding van Van den Bemt ben ik niet geïnformeerd, maar Rasker (1939) is een oude bekende van onze Vereniging: zijn vader had mediamieke en geneeskrachtige gaven, Rasker liet zich graag door VSM interviewen en prees de SRL gelei van die firma. Hij maakte in 1981 deel uit van een door de Ned Ver. van Reumatologen samengestelde redactie die een rapport publiceerde waarin werd gewaarschuwd tegen het 'over een kam scheren van alle alternatieve geneeswijzen'. In 1993 bood hij zijn eerste boek over reuma en alternatieve geneeswijzen aan aan VWS-staatssecretaris Simons. Later werd hij in 2006 door de firma Disticare gecontracteerd om samen met Liesbeth List reclame te gaan maken voor



Meta-analyse

Er zijn aanwijzingen dat dit middel werkzaam is.

De kwaliteit van de onderzoeken laat echter te wensen over.

Meer en methodologisch sterker onderzoek is gewenst.

het voedings supplement glucosamine.

Enkele citaten uit het nieuwe boek zeggen meer dan een uitgebreide analyse:

'Het effect van de methode-Bauer is waarschijnlijk een placebo-effect' (Bauer is een Duits chirurg die mensen met fibromyalgie opereert. CR)

‘Van magneetveldtherapie kan men in ieder geval op korte termijn een pijnstillend effect verwachten’

‘Moxatherapie leidt mogelijk tot een lichte verbetering van pijn en klachten’

‘Qigong kan klachten verergeren wanneer men over de eigen grenzen gaat. Het is daarom belangrijk om de bewegingen uit te voeren onder begeleiding van een ervaren docent’

‘Waarschijnlijk stimuleert mierenzuur de bijnierschors tot het aanmaken van een soort prednisolon, waardoor pijn en ontstekingen in het gewricht verminderen’ (twee regels lager stelt men dat het effect bij reuma niet bewezen is, *CR*)

‘Het is twijfelachtig of procaine helpt om veroudering tegen te gaan. De middelen met procaine zouden een licht antidepressief effect hebben’ (procaine zit in KH3 en Gerovital, *CR*)

‘Modderbehandeling verbetert bij knieartrose het functioneren, de pijn en de kwaliteit van leven significant’

‘Meer dan de helft van de mensen met fibromyalgie (60%) heeft een tekort aan vitamine D’

‘CH-Alpha (collageenhydrolysaat) kan de pijn bij artrose iets verlichten. Heel soms kan men last krijgen van winderigheid of diarree’

‘Groenlipmossel wordt al eeuwenlang gegeten door de Maori's. Het wordt gebruikt bij artrose en RA’

Zo zou ik door kunnen gaan, maar U heeft nu de toon van het boek wel te pakken. Wellicht begrijpt u nu dat mijn oordeel over dit boek met zijn voorspelbare inhoud negatief uitvalt. Mocht dat nog niet het geval zijn dan geef ik u nog drie redenen.

Reden 1. De persoon van Rasker, wiens pro-alternatieve doopceel ik hierboven reeds lichtte, die zich tien jaar na zijn pensioendatum nog altijd als professor presenteert, terwijl zijn leeropdracht niet de reumatologie betrof, maar een leerstoel in Twente in psychosociale aspecten van reumatische aandoeningen. Deze ‘recidivist’ blijft mij dus sterk irriteren. Dat komt niet meer goed.

Reden 2. Rasker en zijn mede-auteur hantieren zonder enige terughoudendheid de diagnose ‘fibromyalgie’ (FM), een non-disease zonder pathologische basis en een diagnose die de drager veroordeelt tot een uitzichtloos en pijnlijk bestaan. Rasker pleitte nota bene zelf in 2003 in



Rasker

een artikel in *Rheumatology* tegen het stellen van deze ‘nominalistische diagnose’. De benaming FM, de uitkomst van een consensuspanel van het American College of Rheumatology in 1990, is – zo stelden zij nog in 2003 – riskant want zij zou gemakkelijk kunnen onttaarden in een klinische diagnose. In het boek wordt de medicaliserende pseudo-diagnose FM volledig erkend en genoemd en vormt hij volgens de auteurs een ‘veel voorkomende vorm van wekdelenreuma’ (p. 23). Enige toelichting op deze onfortuinlijke tournure geeft Rasker in dit boek niet.

Reden 3. Het schrijven van een boek waarin over de werkzaamheid van alternatieve geneeswijzen wordt gerapporteerd vooronderstelt dat er enig koren tussen het kaf te vinden is. Dat zou dan ook inhouden dat de reguliere beroepsgroep waardevolle behandelmethoden of aanvullende therapieën negeert, op grond van welke overwegingen dan ook. Die fictie moet in strand gehouden worden om de zinloosheid van dergelijke exercities te kunnen ontkennen. Als verklaring voor dat jammerlijk negeren van waardevolle alternatieve geneeswijzen wordt dan vaak verwezen naar conservatisme, Big Farma, bevooroordeeldheid, westers ethnocentrisch denken et cetera. Een medicus of farmaceut, die meent het therapeutisch arsenaal van de geneeskunde te kunnen vergroten mag op grote aandacht van zijn ambtsbroeders rekenen en hij hoort die kennis goed gedocumenteerd aan te bieden voor beoordeling van zijn vakgenoten. Het op eigen houtje aanprijzen van een aantal alternatieve behandelmethoden of deze zelfs maar het voordeel van de twijfel gunnen, dat voedt het idee bij de patiënten die daar gevoelig voor zijn, dat er nog heel wat ongebruikte mogelijkheden voor hen beschikbaar zijn. Intussen is diezelfde suggestie een belediging voor medici, die hun vak bijhouden en altijd en gretig open staan voor nieuwe behandelmethoden. Dergelijke behandelmethoden behoren echter

alleen in praktijk te worden gebracht als er een fatsoenlijke toetsing in de beroepsgroep heeft plaatsgehad. Het advies om mensen met reumatoïde artritis aan te raden elke dag een haring of een moot zalm te laten eten (p. 354) valt niet onder de geneeswijzen, die deze toets hebben doorstaan. En juist van dit type halfslachtige onrijpe adviezen ritselt het in dit boek.

Het boek moet helaas aan reumalijders sterk

worden ontraden: het bevat teveel positieve bevindingen of de suggestie ervan en als de patiënt die allemaal eens wil proberen, heeft hij daaraan meer dan een dagtaak en wordt hij op nodeloze kosten gejaagd voor wat valse hoop. ●

Reuma & Alternatieve behandelmethoden.
Hans Rasker en Bart van den Bemt. Uitg. Reumafonds. 2014. 436 pagina's. Prijs €19,95.

Inhoudsopgave op onderwerp

A

Aardappelen 264
Aardstralen zoeken 33
Acupunctuur 75
Acupunctuurkleuretherapie 116
Alchemilla 362
Alexandermethode 199
Allium, zie Knoflook 393
Aloe vera 363
Amalgaamvullingen 191
Amuletten 128
Ananas, zie Bromelaine 372
Antioxidanttherapie 235
Antroposofische geneeskunde 53
APS therapie 164
Aquamin 364
Armbanden 129
Arnica 365
Aromatherapie 87
Arteparon 237
Arthroluxyl 305
Aslovit H3 246
Aspartaten 306
ASR-therapie 55
ASU 367
Auratherapie 131
Autogene training 133
Avocado 367, zie ook ASU
Ayurveda 56

B

Bach-rescue, zie Bloesemremedies 93
Bachbloesems, zie Bloesemremedies 93
Bauermethode, zie Methode Bauer 193

Baunscheidmethode 183
Bedevaartsoorden 135
BEMER-therapie 165
Bijengif 239
Biofeedback 58
Biofysische geneeskunde 59
Bioresonantie 34
Bioritmiek 88
Bloedtherapie 91
Bloedzuigers 184
Bloesemremedies 93
Booy-therapie 95
Borago 383
Borium 345
Boswellia 369
Brandnetel 371
Bromelaine 372
Broodplant, zie Yamswortel 420

C

Cacao, zie Chocolate
Camellia sinensis 413
Capsaicine 373
Cayennepeper, zie Capsaicine 373
Celtherapie 96
Cetyl Myristoleate (CMO) 307
CH-Alpha 309
Chelattherapie 97
Chinese ginseng, zie Ginseng 389
Chinese kruiden 376
Chinese pillen 308
Chiropraxie 201
Chocolate 327
Chondroïtine 293

Deel van de inhoud

Register artikelen

Nederlands Tijdschrift tegen de Kwakzalverij 2014

A			
Açai: voedzaam besje maar afvallen ho maar	nr. 1	2014	pag. 22
Ad hominem	nr. 1	2014	pag. 8
	nr. 3	2014	pag. 23
	nr. 4	2014	pag. 26
Aloë vera en Forever Living-drankjes	nr. 3	2014	pag. 32
B			
Briefwisseling: met fervent NTtdK-recensent	nr. 2	2014	pag. 11
Boeken: : Bij de dood van een homeopaat	nr. 1	2014	pag. 35
: Hector Treub		2014	pag. 36
: Toen ik je zag		2014	pag. 38
: Gedenkboek College Beoordeling Geneesmiddelen		2014	pag. 39
Boeken lezen: Renkens' varia	nr. 2	2014	pag. 33
C			
Correspondentie: brieven of mails van/aan redactie, bestuur(slid)	nr. 1	2014	pag. 41
	nr. 2	2014	pag. 35
	nr. 3	2014	pag. 34
	nr. 4	2014	pag. 71
D			
Drukke weken: twee	nr. 3	2014	pag. 14
E			
Errata	nr. 1	2014	pag. 31
F			
Farmaceutische industrie: nieuwe pil tegen placebo-effect	nr. 2	2014	pag. 3
G			
Gebroeders Bruinsma Erepensing: voor Jan Willen Nienhuys	nr. 4	2014	pag. 9
H			
Hoenders' promotie: verslag minisymposium	nr. 2	2014	pag. 25
Homeopaat Jan Scholten: geridderd	nr. 2	2014	pag. 31
I			
In memoriam prof. dr. P. A. van Zwieten	nr. 4	2014	pag. 34
Italië: nieuwste kwakzalver:	nr. 2	2014	pag. 22
J			
Jaarrede 2014: erevoorzitter	nr. 4	2014	pag. 5
Jaarvergadering en symposium 2013 : vooraankondiging	nr. 2	2014	pag. 24
: agenda	nr. 3	2014	pag. 1
: verslagen	nr. 4	2014	pag. 1
Jan Smit uit Veendam: kruidenelixers	nr. 4	2014	pag. 35
K			
Kackadorisprijs : shortlist kandidaten	nr. 3	2014	pag. 2
: naar Pauline Meurs	nr. 4	2014	pag. 34
Kennisplatform Elektromagnetische Velden: een update	nr. 1	2014	pag. 5
Kwakzalvende artsen: succesvol op juridisch front	nr. 4	2014	pag. 32
Kwakzalvende psychiaters: beroepsvereniging	nr. 2	2014	pag. 27
Kwakzalversarresten: prof. Schalkens annotaties	nr. 1	2014	pag. 30

Vervolg Register artikelen

L

Lopende zaken: Van Broekhuijze (2x) / Keppel Hesselink vs. De Jong / Molina/ dr. Michiels/ Van Prooyen en Trossèl	nr. 1	2014	pag. 32
: Molina/ Tuchtklachten tegen Renckens en/ of De Jong/ Michiels/ Dankmeijer/ Pluutgate/ Van Broekhuijze	nr. 2	2014	pag. 5
: Voorzittersoverleg/ Centraal Tuchtcollege	nr. 3	2014	pag. 27
: Gezondheidszorg/ Pluut/ Molina/ Michiels/ Van Broekhuijze	nr. 4	2014	pag. 29

M

Man: zonder meridianen	nr. 2	2014	pag. 4
Manuele therapie: nog altijd kwakzalverij	nr. 1	2014	pag. 12
Manuele therapie: onvervalste kwakzalverij	nr. 3	2014	pag. 5
: niet bij lage rugpijn, wel bij hoofdpijn?	nr. 1	2014	pag. 20
Meester Kackadorisprijs 2014: oproep voor kandidaten	nr. 2	2014	pag. 16
: shortlist	nr. 3	2014	pag. 2
: voor Pauline Meurs	nr. 4	2014	pag. 13
: reacties	nr. 4	2014	pag. 17
Moerman: rondleiding te Vlaardingen	nr. 1	2014	pag. 24
Mini-enquête alternatieve geneeswijzen: in huisartsenopleiding	nr. 1	2014	pag. 27

O

Olie trekken: minder ziek	nr. 2	2014	pag. 1
---------------------------	-------	------	--------

P

Personalia: 'Over de doden niets dan goed'	nr. 1	2014	pag. 3
Pluuts trucendoos: nieuwe feiten via oud-medewerkers	nr. 2	2014	pag. 11
Pluut versus de VtdK: kort geding	nr. 2	2014	pag. 17

R

Rectificatie	nr. 2	2014	pag. 10
Register artikelen NTtdK 2013	nr. 1	2014	pag. 43

S

Symposium 2014: Wijsheid uit het Oosten	nr. 3	2014	pag. 17
: inschrijving	nr. 3	2014	pag. 20
: programma	nr. 3	2014	pag. 18
: sprekers	nr. 3	2014	pag. 19
: ten geleide	nr. 3	2014	pag. 18
: verslag	nr. 4	2014	pag. 19
: vooraankondiging	nr. 2	2014	pag. 34

T

Tweede Kamer en advertentiekolommen: onzichtbaar leed	nr. 3	2014	pag. 21
---	-------	------	---------

V

Van de redactie: oproep aan potentiële auteurs	nr. 4	2014	pag. 38
Van der U.: een oude casus	nr. 2	2014	pag. 20

W

Weerleggen van grenzen; wetenschap, context en pragmatisme	nr. 1	2014	pag. 17
Weg met dat woord!	nr. 1	2014	pag. 1

Z

ZonMw's prof. Jeekel: nieuw licht op muziektherapie	nr. 2	2014	pag. 18
---	-------	------	---------

INHOUD

Krijgt Meester Kackadoris jaarlijks een tweede nakomeling?	1
Perianale kwakzalverij	2
Volledig beroepsverbod voor alternatieve artsen dringend gewenst	6
Hoenders triomfeert: zesde CIP-congres ruimhartig geaccrediteerd	9
Een triplet, opgedragen aan ZonMw	11
Zijn alternatief werkende huisartsen goedkoper?	18
Chiropraxie in Zwitserland universitaire opleiding	21
Weer een naamswijziging voor het NCCAM	23
Update Davide Vannoni	25
Lopende zaken	27
Ad hominem	28
<i>Reuma & Alternatieve behandelmethoden</i> . Een boekbespreking	31
Register artikelen <i>Nederlands Tijdschrift tegen de Kwakzalverij</i> 2014	35