

De valse hoop van de Vereniging tegen de Kwakzalverij

Puristische ijver

Arie Bos,
huisarts in Amsterdam

Correspondentieadres:
arieb25@planet.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De argumenten die leden van de Vereniging tegen de Kwakzalverij gebruiken in hun pleidooi de niet-reguliere geneeskunde te verbieden, snijden geen hout. Wat overblijft, is intolerantie jegens artsen die complementair werken.

De voorzitter van de Vereniging tegen de Kwakzalverij, de heer Renckens, maakte zich onlangs in Medisch Contact sterk voor een volledig verbod van niet-reguliere geneeskunde - een vorm die wereldwijd wordt aangegevoerd als complementary and alternative medicine (CAM).¹ Tot nu toe gingen zijn voorstellen niet verder dan een oproep om CAM-artsen op te nemen in een psychiatrische instelling.

Een ander bestuurslid van deze vereniging, Van Dam, schreef in De Telegraaf een stuk waarin hij stelt dat de nieuwe richtlijnen van de KNMG eigenlijk automatisch zouden moeten leiden tot roeyement van CAM-artsen. Renckens is deze mening ook toegegaan. Het naschrift van de KNMG aan het eind van zijn artikel in Medisch Contact laat er

geen misverstand over bestaan dat dit *wishful thinking* is. Maar het blad startte op zijn website een poll met de vraag wie het met zo'n verbod eens is. Buiten Zimbabwe kan de kiezer vaak kiezen uit minstens twee kandidaten of twee gezichtspunten. Helaas heeft Medisch Contact daarvoor niet gezorgd. Ik ben zo vrij mij als getuige à décharge op te werpen.

Dodelijke ongelukken

Renckens stuurt aan op een verbod omdat CAM-geneeskunde zo gevaarlijk is, betoogt hij. Hij noemt drie dodelijke ongelukken. Eén is veroorzaakt door een iatrosoof - *whatever that may be*, het is in elk geval geen CAM-arts. Een ander ongeluk werd veroorzaakt door een macrobioot - ook geen arts. En als laatste roept hij de Millecam-zaak in herinnering die al jaren voor ophef zorgt. Alleen daarbij zijn artsen betrokken geweest en die hadden inderdaad beter moeten weten. Eigenlijk gaat het dus over één zaak waarover de gemoederen maar niet tot bedaren willen komen.

Overigens was deze dodelijke afloop geen gevolg van een interventie, want dat soort iatrogene schade is uiterst zeldzaam bij CAM-geneeskunde. Nee, Millecam stierf door slechte diagnostiek. Dat is erg genoeg, maar dat gebeurt niet alleen CAM-artsen. Iatrogene schade is bepaald niet zeldzaam, zoals we vaak kunnen lezen. Maar die is in grote meerderheid het gevolg van reguliere interventies. Dat is geen reden om de reguliere geneeskunde te verbieden. Terecht. Maar waarom zouden we dan wel de CAM verbieden?

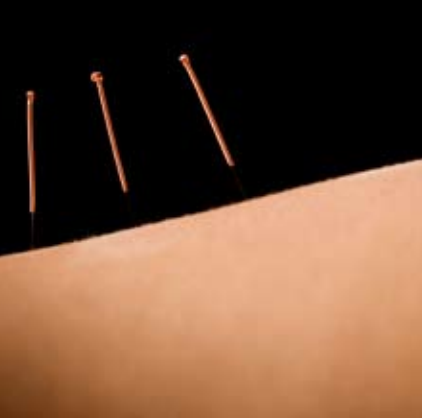
Omdat de CAM-artsen valse hoop bieden, meent Renckens. Maar dat gebeurt voortdurend en overal in de geneeskunde. Wat doet bijvoorbeeld de arts die cholesterolremmers voorschrijft? Hij belooft, op gezag van de

Iatrogene schade is meestal het gevolg van reguliere interventies

CAM-artsen geven de patiënt veel aandacht en bewerkstelligen daarmee een placebo-effect, zegt de Vereniging tegen de Kwakzalverij.

beeld: Shutterstock





De literatuurlijst en de aangehaalde MC-artikelen vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.


farmaceutische industrie, dat statines patiënten een 36 procent risicoverlaging bieden op hart- en vaatziekten. Maar om voor één patiënt deze belofte in te lossen, moeten 91 patiënten hiermee 3,5 jaar lang worden behandeld. Die 90 anderen slikken de statine voor niets en onderkennen mogelijk last van de bijwerkingen.² Het grote numbers needed to treat-probleem geldt voor heel veel medicatie. Sommige veel voorgeschreven medicijnen zoals SSRI's doen het zelfs niet beter dan een placebo. Op een wetenschappelijke bijeenkomst in Londen die was gewijd aan farmacogenetica vertelde de directeur van GlaxoSmithKline, Alan Roses, dat 90 procent van de medicijnen maar bij 30 tot 50 procent van de patiënten helpt.³ Al die anderen wordt valse hoop met bijwerkingen gegeven. Als we hier de 'nieuwe' gedragsregels van de KNMG laten gelden, dan kunnen we nog wat beleven.

Vals spelen

De CAM-artsen spelen vals. Ze geven de patiënt overdreven veel aandacht en bewerkstelligen hiermee een groot placebo-effect. Dat is, volgens de Vereniging tegen de Kwakzalverij, immers de enige voorstelbare reden dat de patiënten zich beter gaan voelen. Is dit reden - wat volgens nogal wat onderzoek overigens niet het geval is - om CAM-interventies te verbieden als het op een reguliere manier niet lukt?⁴ Jammer voor de patiënt, maar het gaat hier om een hoger doel? Volgens Renckens wel, hij voelt 'bezorgdheid over de aanslag op de intellectuele status van het artseneroep door vakbroeders'. Al jaren wordt over die extra aandacht gesproken. In Medisch Contact van 30 mei van dit jaar schrijft collega Keuter dat reguliere artsen nog veel kunnen leren van CAM-artsen wat betreft bejegening van patiënten.⁵ Telkens weer als deze controversie speelt, komt de aanbeveling naar voren om als regulier arts ook eens wat meer aandacht aan de patiënt te besteden. En steeds blijkt deze aanbeveling weer nodig. Hoe zou het komen dat CAM-artsen daar beter in lijken te zijn? Leden van de Vereniging tegen de Kwakzalverij suggereren zo ongeveer dat goede *bedside manners* binnen de CAM-geneeskunde berusten op hetzelfde talent dat een oplichter succesvol maakt. Maar zou het misschien iets met de inhoud van het vak te maken kunnen hebben?

De mechanisering van het wereldbeeld is in de reguliere geneeskunde inmiddels volledig doorgedrongen. Veel artsen die worden geconfronteerd met het feit dat patiënten nu eenmaal geen mechanismen zijn, proberen daarmee

in het reine te komen. Voor mij was het reden om mij als regulier huisarts te verdiepen in antroposofie en acupunctuur. Ik ben er geen slechtere arts van geworden, denk ik. In elk geval maken mijn collega's geen bezwaar tegen mijn aanwezigheid op de dienstenpost en de VU gunt mij hun huisartsen in opleiding. Evidence geleverd door randomized controlled trials (RCT's) van CAM-behandelingen zijn volgens Renckens slechte wetenschap en nietszeggend omdat de werking niet binnen het huidige model kan worden begrepen. Wetenschap is een methode, een model is een overtuiging. In dit geval gaat het om het materialisme. Dat heeft in deze controversie inmiddels het karakter van een ideologie gekregen. Jammer voor de feiten: het is mogelijk grijze stof te vermeerderen in de hersenen door je gedachten te veranderen. Dat blijkt uit een onderzoek uit Nijmegen naar de effecten van cognitieve gedragstherapie bij chronische vermoeidheid.⁶ Eenzelfde fenomeen is al bekend van de hippocampi van Londense taxichauffeurs, die de stad in gedachten moeten kunnen doorkruisen op hun examen. Gedachten zijn geen natuurkrachten en bevatten ook geen moleculen. De gevonden effecten zijn daarom in strijd met de wet van behoud van energie en dus eveneens onbegrijpelijk in het huidige model. Wat telt nu in de wetenschap: de uitkomst van onderzoek of de ideologie?

Je ziet het wel vaker. Ideologieën die in hun puristische ijver voor een betere wereld nog maar één doelstelling overhouden: het verbieden of monddood maken van andersdenkenden. 

SAMENVATTING

- Leden van de Vereniging tegen de Kwakzalverij gebruiken oneigenlijke argumenten in hun pleidooi de niet-reguliere geneeskunde te verbieden.
- Niet-reguliere geneeskunde zou gevaarlijk zijn. Maar iatrogene schade is veel vaker het gevolg van reguliere interventies.
- Daarnaast zouden niet-regulier werkende artsen de patiënt veel aandacht geven en daarmee een groot placebo-effect bewerkstelligen.



Referenties:

1. Renckens CNM. Op naar een volledig verbod. Medisch Contact 2008; 63: 1132-5.
2. Roos JC. Stop de dodelijke omhelzing artsen. NRC 13 januari 2004.
3. Kievits F, Adriaans MT. Merendeel medicijnen werkt niet bij iedereen. NTvG 2004; 148, 42.
4. Voor de Leidse epidemioloog Vandenbroucke reden om de RTC te wantrouwen. Zie www.skepsis.nl/moeras.html.
5. Keuten EJW. Uitgedokterd is bijzonder instructief. Medisch Contact 2008; 63; 22. 939-941.
6. Lange FP de, Koers A, Kalkman JS, Bleijenberg G, Hagoort P, Meer JWM van der, Toni I. Increase in prefrontal cortical volume following cognitive behavioural therapy in patients with chronic fatigue syndrome. Brain, August 2008; 131: 2172-80.