

Klinisch-wetenschappelijke avond van de aios: Over zin en onzin van alternatieve geneeswijzen

De laatste jaren organiseren de artsen in opleiding tot specialist Huisartsgeneeskunde regelmatig klinisch-wetenschappelijke avonden. Deze behandelen steeds een specifiek thema waarover lezingen worden gehouden gevolgd door discussie. Dit jaar ging het over



‘Evidence based alternatieve geneeswijzen: contradictio in terminis?’ Gepoogd werd een wetenschappelijke kijk op alternatieve geneeswijzen in de huisartsenpraktijk te geven.

Tussen rede en geloof

Meer dan honderd mensen verzamelen zich in het UMCG, volgens de gastvrouw ‘vergeleken met de vorige avonden een grandioze opkomst, zeker omdat we dit keer in Groningen bijeenkomen. En de deelnemers zijn afkomstig uit alle hoeken van het land en van zeer divers pluimage.’ Dat klopt: tussen de jonge aios-gezichten zijn vele grijze bollen te zien en ook variëren de aanwezige beroepen van huisarts, antroposofisch gedragstherapeut en psychiater tot fysiotherapeut en acupuncturist. Kennelijk willen erg veel mensen meer weten over de wetenschappelijke basis die al dan niet te vinden is bij de alternatieve geneeswijzen.

Dagvoorzitter Ivo Heij filosofeert dat we op zoek zijn naar een ankerplaats (ofwel ‘de rede’) en dat we ervan uitgaan dat we gesterkt met goede ideeën weer naar huis zullen gaan (‘het geloof’). Tussen deze twee uitersten zullen we deze avond dus balanceren.

Voor het thema van de avond is gekozen omdat alternatieve geneeswijzen de laatste tijd vaak op tv worden besproken en veelvuldig onderwerp zijn van discussie.

De werkgroep Wetenschap van de LOVAH heeft een drieledige doelstelling:

- ▶ het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en onderwijs;
- ▶ het vergroten van deelname aan wetenschappelijke activiteiten door aios;
- ▶ het vormen van een netwerk van in wetenschap geïnteresseerde aios.

Een van de activiteiten van de werkgroep is het organiseren van de klinisch-wetenschappelijke avonden op wisselende locaties. De Groningse avond is geaccrediteerd voor twee uur.

Van visolie tot acupunctuur

Rogier Hoenders, psychiater, oprichter van het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis en aldaar actief bij onderzoeksgroep ‘De Mid-denweg’, houdt de eerste lezing. ‘Vooroordelen zijn lastiger te splitsen dan atomen’, stelt hij. ‘We kunnen echter niet langer de alternatieve geneeswijzen negeren, want een veel groter deel van de bevol-

king dan we ooit hadden kunnen denken maakt er gebruik van.’ Overigens gebruiken we tegenwoordig de term ‘complementaire of alternatieve geneeskunde’ (CAG) Van de westerse bevolking maakt 30 tot 70 procent gebruik van enige vorm van CAG, variërend van visoliesupplementen tot bezoek aan de acupuncturist. Het overgrote deel van de patiënten vertelt echter niet over het CAG-gebruik aan de huisarts. Onderzoek toont aan dat het merendeel van de CAG-gebruikende patiënten hoogopgeleid zijn, vaak gebruik maken van CAG om positieve redenen en dit vrijwel altijd in aanvulling op de reguliere geneeskunde.

‘Patiënten gebruiken dus CAG, daar kunnen we niet langer omheen. Het is de vraag of de reguliere en alternatieve geneeskunde kunnen ophouden met elkaar te beconcurreren en te bekritisieren, en wellicht kunnen proberen samen te werken.’ Volgens Hoenders moet dat kunnen: ‘Zoom in op de gehele mens, “informed by evidence” en houd een open mind naar alle geneeswijzen.’

Hoenders poogt vervolgens enkele vooroordelen te ontcrachten, bijvoorbeeld dat het succes bij CAG alleen placebo-effect zou zijn. ‘Maar bewezen is dat bijvoorbeeld sint-janskruid, vitamine B12, foliumzuur en visolie effectief zijn bij depressie.’ Zo ook zou meer onderzoek naar CAG onzin zijn, omdat elk onderzoek opnieuw aantoonde dat er alleen maar een placebo-effect is. ‘Maar een Cochrane-review, dat een uitstekende wetenschappelijke reputatie geniet, toont aan dat sommige CAG’s effectief zijn (en sommige ook niet, en sommige zelfs schadelijk). Feit is dat slechts 0,008 procent van de onderzoeksbudgetten wordt besteed aan CAG en dat anderzijds slechts 20 tot 40 procent van de reguliere geneeskunde daadwerkelijk evidence based is.’

Tot slot geeft Hoenders de ‘echte’ definitie van evidence based medicine, die uitgaat van:

- het beste beschikbare bewijs (van alle beschikbare therapieën);
- de mening en wensen van de patiënt;
- het oordeel en de expertise van de hulpverlener.

‘Deze factoren wegen even zwaar. Het betekent dat je in spoedeisende situaties je rol als hulpverlener zult opeisen (bijvoorbeeld ingrijpen bij suïcidaliteit), maar dat de mening en wensen van de patiënt zwaar meewegen als de situatie dat toelaat. Dus als een depressieve patiënt klaagt dat hij zo dik wordt van SSRI’s en hij geen zin meer heeft in seks, kun je hem best eens sint-janskruid aanraden. Bovendien kun je rustig toevoegen: “En als je dat wilt, kun je misschien eens reiki proberen.” Het is aan de patiënt of hij dat al dan niet wil.’

Efficacy versus effectiviteit

De tweede lezing wordt met veel humor verzorgd door Martin Appelo, psycholoog, gezinstherapeut, docent psychologie en hoofd wetenschappelijk onderzoek Lentis. Hij twijfelt aan de bruikbaarheid van RCT’s bij psychiatrische interventies, want:

- er is meestal een combinatie van interventies (medicijnen,

- gesprekken en ‘desnoods reiki’);
- zo’n combinatie wordt toegesneden op maat van persoonlijke factoren;
- er is een bonte verzameling aan behandelingscombinaties mogelijk.

Wetenschappelijk onderzoek richt zich volgens Appelo op efficacy (deze behandeling werkt als zodanig) en niet op effectiviteit (de patiënt heeft iets aan deze behandeling). Maar efficacy biedt geen garantie voor effectiviteit (een werkzaam middel werkt niet per se bij patiënt A) en effectiviteit kan er zijn zonder efficacy (een niet-werkzaam middel kan prima werken bij patiënt B). Bovendien is er de ‘efficacy-paradox’:

- therapie x wordt onderzocht versus placebo x en therapie y wordt onderzocht versus placebo y;
- therapie x heeft 70 procent effectiviteit maar een niet significant verschil met placebo;
- therapie y heeft 55 procent effectiviteit maar een wel significant verschil met placebo.

De RCT-onderzoeker zal in dit geval kiezen voor therapie y, maar de consument voor x. Volgens Appelo is het ‘niet meer van deze tijd om RCT’s te doen, want het efficacy-streven deugt niet.’ Hij houdt van chargeren, dus scherpt zijn stelling nog wat aan: ‘Als je iets anders doet dan medicatieonderzoek bij mannelijke muizen (bij vrouwelijke muizen zou je nog cyclusverschillen hebben), kun je jezelf en je werk niet serieus nemen als je je beperkt tot efficacy.’ Hij streeft dan ook naar een integrale onderzoeksmethodiek, waarbij zowel efficacy als effectiviteit wordt meegewogen. Volgens hem zou het ‘een boel gedoe besparen’ als bij onderzoeken de vragen ‘En, beviel het?’, ‘Werkt het?’ en ‘Zou u het een ander aanraden?’ werden gesteld.

Wonderen in Macedonië

Huisarts Jan Willem Ek krijgt als derde het woord. Hij vertelt over een 16-jarige patiënte met aan haar linkeronderbeen CRPS-1 (complex regionaal pijn syndroom type 1; voorheen posttraumatische dystrofie genoemd). Zij bezocht een therapeute in Macedonië en na één behandeling kon ze haar krukken weggooiden. Gestimuleerd door dit verhaal gingen steeds meer mensen met CRPS-1 naar Macedonië. Toen van deze patiënten er slechts één thuiskwam die niet was hersteld, vond Ek dat er meer onderzoek nodig was. Hij vertrok met een complete cameraploeg, diverse hulpverleners en zes patiënten naar Macedonië. Van deze zes herstelden er vijf geheel; de zesde had na enkele weken terugval.

In totaal volgde Ek 41 uitbehandelde patiënten, van wie 38 procent geheel, 47 procent deels en 15 procent niet herstelde. De behandeling van de Macedonische vrouw bestond uit frictie, mobilisatie, doorbewegen en functionele training. De patiënt werd nadrukkelijk aangeraakt, ook als deze veel pijn aangaf. Het leek daarbij essentieel dat de therapeute opgewekt bleef kijken. Het ging steeds om twee tot zes behandelingen. Mensen die al jaren in een rolstoel zaten konden gewoon weer lopen.

Inmiddels wordt de therapie op zestien plaatsen in Nederland toegepast en hier zijn de successen even groot: verbetering van de klach-

ten treedt op bij 94 procent van de patiënten en op alle niveaus; 37 procent herstelt volledig en de terugvalkans is 9 procent. En dat alles bij een volkomen veilige behandeling.

Algemeen gangbaar in Nederland was dat je met je handen van een patiënt met CRPS-1 moest afblijven. Waarschijnlijk leidt dit tot een neergaande spiraal. De pijnsensatie bij CRPS-1 wordt vermoedelijk mede door prikkels uit de omgeving opgewekt en versterkt. De schrikreactie van hulpverleners en de directe omgeving op het aangeven van pijn bij aanraking verergert op die manier de klachten. Dit zou verklaren waarom het zo succesvol was dat de Macedonische vrouw opgewekt bleef kijken als de patiënt pijn aangaf bij aanraking.

Ek gaat nog in op de ‘aard van het bewijs’ bij dit ‘goed reproduceerbare onderzoek’. Hij stelt: ‘RCT’s zijn vermoedelijk verzonnen door de farmaceutische industrie. Want je moet heel veel patiënten behandelen om heel kleine verschillen aan te tonen. Het belang van casuïstiek wordt vergeten, terwijl die een zeer grote sensitiviteit heeft in het oppakken van iets nieuws.’ En ook waarschuwt Ek: ‘Als ziekenhuizen de behandeling overnemen, gaan dokters en patiënten zich daar allebei naar gedragen. Dat is een basis van iatrogene pathologie.’

Weinig onenigheid

Tot slot is er gelegenheid tot discussie. Nu valt echter op dat er eigenlijk geen tegenstanders van CAG aanwezig zijn. Toch worden wel enkele vragen gesteld en opmerkingen gemaakt, bijvoorbeeld:

- ‘Is het feit dat steeds meer mensen CAG gebruiken wel een argument om er ook aandacht aan te geven?’ Dat wordt ontkend, maar het is wel belangrijk dat we ons realiseren dat patiënten hun CAG-gebruik niet aan de huisarts melden, terwijl de middelen ook bijwerkingen hebben. Bovendien: ‘Het is een markt en zodra ergens geld in zit, wordt er ook in geïnvesteerd.’
- ‘In de reguliere geneeskunde wordt ook heel veel door artsen gedaan dat niet bewezen is en soms is dat ook helemaal niet nodig. Als ik zeg “Roken is slecht voor de gezondheid” is iedereen dat met me eens, maar is dat wel bewezen?’ (De tegenwerping van Appelo hiertegen is dat de laatste tijd een onrustbarende toename wordt gezien van sterfgevallen onder niet-rokende patiënten...)
- ‘Ik was dit najaar bij de KNMG-conferentie over CAG en daar was iedereen het erover eens dat er meer aandacht voor CAG moest komen. Maar tegelijkertijd zei de hoofdredacteur van het NTVG daar dat hij niet van plan was er ook maar iets over te publiceren. Zo verandert er dus nooit iets!’

Al met al was het een interessante avond, met enkele zwakke punten. Zo was de psychiatrie wel erg sterk vertegenwoordigd; het zou goed zijn geweest als de huisartsgeneeskundige invalshoek meer tot z’n recht was gekomen. Een tweede zwak punt was dat de drie sprekers allen nadrukkelijke voorstanders waren van de CAG en dat gold duidelijk ook voor het overgrote merendeel van de bezoekers. Dat bevorderde de discussie uiteraard niet!

Ans Stalenhoef, eindredacteur In de praktijk