



GENEES  
WIJZEN  
*in* NEDER  
LAND **Handboek**  
complementaire  
behandelwijzen  
voor professionals



Corwin Aakster | Fleur Kortekaas

# INLEIDING

Het is ons een groot genoegen dit nieuwe boek over geneeswijzen in Nederland te presenteren. In zekere zin beheren wij hiermee de erfenis van Paul van Dijk die in 1976 al de eerste versie uitbracht van *Geneeswijzen in Nederland* en die daarna nog, ondersteund door zijn echtgenote Hanneke, acht geheel herziene herdrukken verzorgde, tot de laatste versie in 2003. Het is een grote eer om dit werk te mogen voortzetten met een tiende, geheel nieuwe uitgave.

Wij hebben ons bij de opzet van deze nieuwe uitgave uiteraard laten inspireren door opzet en inhoud van de laatste versie, maar toch ook door de overtuiging dat de wetenschappelijke vooruitgang over de afgelopen jaren erin moesten worden verdisconteerd. Hierdoor ligt er nu wel een geheel nieuwe editie voor u.

Het nieuwe van deze tiende versie van *Geneeswijzen in Nederland* is allereerst dat wij de uitgave van dit boek hebben laten voorafgaan door de publicatie van twaalf kleinere boekjes over deelgebieden van de complementaire/alternatieve geneeswijzen die vooral voor een algemeen publiek bestemd waren. Deze verschenen in rap tempo in de loop van 2015 en 2016. De hoofdstuksgewijze opzet van het huidige boek volgt in grote lijnen die serie boekjes.

Een ander vernieuwend aspect van dit boek is dat wij per hoofdstuk, dus per onderdeel van de complementaire/alternatieve geneeskunde, de meest relevante en recente onderzoeksgegevens een centrale plaats hebben willen geven, met het doel ook voor de professional de ratio achter deze geneeswijzen zichtbaarder te maken. Dit handboek is dan ook in de eerste plaats geschreven voor allen die zich als beroepsbeoefenaar op dit gebied (willen gaan) begeven.

Tegelijk blijft een belangrijke functie van de eerste negen edities onveranderlijk: een handboek of naslagwerk (compendium) voor allen die inte-

resse hebben voor de uitbreiding van de gangbare geneeskunde die in dit boek wordt besproken. In plaats van louter een alternatief van of aanvulling op deze gangbare geneeskunde te willen zijn, willen we met dit boek vooral ook grensverleggend zijn en een uitbreiding bepleiten (en deels laten zien) van de bestaande geneeskunde, door te illustreren dat de aanpak van ziekte en gezondheidsproblemen in veel gevallen ook anders kan (of moet) – en vaak niet zonder succes is. Dit is de meer ‘politieke’ boodschap van dit boek. Wij willen dat men hier onbevooroordeelder naar gaat kijken en dat de werker in de gezondheidszorg zich in algemene zin, maar zeker ook ten aanzien van een zieke, gaat afvragen: kan het ook anders, beter, goedkoper of met minder belasting voor de patiënt? Als mensen zichzelf deze vraag gaan stellen, dan is het doel van dit boek al voor een groot deel bereikt.

Dit handboek bestaat uit zestien hoofdstukken plus een bijlage over een indelingssysteem voor de besproken genees- en behandelwijzen, en een uitgebreide alfabetische index.

De eerste vier hoofdstukken bevatten algemene of onderbouwende informatie: ten eerste deze inleiding, ten tweede een poging tot een algemene maatschappelijke positionering van de complementaire/alternatieve geneeswijzen in ons land en daarbuiten. In het derde hoofdstuk doet Roel van Wijk verslag van onderzoek inzake de moleculaire en celbiologische mechanismen die veelal ten grondslag liggen, of kunnen worden geacht te liggen, aan de meeste toepassingen van complementaire/alternatieve geneeswijzen. Het gaat hier om een regulatie- en besturingsniveau dat fundamenteel is voor het menselijk functioneren bij gezondheidshandhaving (homeostase) en herstel van ziekte. De strategie van gezondheidsbevordering in plaats van (louter) ziektebestrijding die veel van de in dit boek besproken geneeswijzen gemeen hebben, sluit hier nauw op aan. Ook bieden deze fundamentele inzichten in veel gevallen een verklaring voor het optreden van de therapeutische resultaten daarvan. Het vierde algemene hoofdstuk handelt over onderzoek en de methoden ervan. Hierin wordt de stelling verdedigd dat het nuttiger is series van kleinere onderzoeksprojecten op te zetten waarbij het procesmatige verloop van herstel en genezing centraal staat binnen een ‘totaal behandelconcept’.

De overige twaalf hoofdstukken zijn meer inhoudelijk van aard en zijn in principe volgens eenzelfde systematiek opgezet: inleiding, herkomst/filosofie, werkwijze/diagnostiek, behandeling, onderzoek en resultaten, de rol van de patiënt, en praktische informatie. Aan het einde van ieder hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de bronnen waaruit is geput bij het tot stand brengen van dat hoofdstuk. Bij de keuze van de onderwerpen per hoofdstuk hebben wij ons laten leiden door de wens om in elk geval de hoofdstromen te bespreken van de complementaire/alternatieve geneeswijze, alsmede van gehele *categorieën* van genees- en behandelwijzen, zoals

hoofdstuk 12 over manuele behandelwijzen en hoofdstuk 13 over spirituele benaderingen.

Uit het voorgaande kan men opmaken dat wij aarzelen om van ‘alternatieve geneeswijzen’ te spreken. Dit is een stigmatiserende naamgeving die geen recht doet aan de aard van deze geneeswijzen, noch aan de integriteit en professionaliteit van de grote meerderheid van degenen die zich op dit gebied dagelijks inzetten ten behoeve van een humane, aandachtsvolle zorg aan de lijdende medemens. De term ‘alternatief’ duidt in principe op geneeswijzen die geheel vervangend claimen te (kunnen) zijn voor de reguliere medische zorg. In het betreffende gebied is men er inmiddels wel achter dat dit niet kan. In de praktijk zal in acute gevallen en in gevallen van ver voortgeschreden ziekte het primaat doorgaans liggen bij de reguliere beoefenaar. De term ‘complementair’ verwijst in dit verband duidelijker naar tendenties tot samenwerking en afstemming ten aanzien van reguliere zorg. Nog een stap verder zou zijn om een waarlijk integrale zorg te bieden aan de patiënt, waarin een gehele mens-benadering vooropstaat en waarbij in organisatorische zin wordt samengewerkt en gecommuniceerd tussen reguliere zorginstanties/beoefenaren en complementair/alternatief werkende praktici, zoals in dit boek beschreven.

Tot slot: dit boek is vooral bedoeld als handboek/naslagwerk; het is dus niet onze intentie dat studenten dit alles uit hun hoofd gaan leren. Het gaat meer om de algemene filosofie van helen en genezen en het snel kunnen vinden (en toepassen) van de voor de gebruiker relevante informatie. Wie er nog meer van wil weten, kan zich verdiepen in de geselecteerde literatuur of de weblinks volgen die aan het einde van elk hoofdstuk vermeld worden. Ook kan men de website van Ankh-Hermes raadplegen voor uitgebreidere literatuuroverzichten bij alle hoofdstukken.

Veel lees- en studieplezier!

Corwin Aakster en Fleur Kortekaas

# POSITIE VAN DE COMPLEMENTAIRE *geneeswijzen*

Het complementair en alternatief geneeskundige veld, ook wel aangeduid als CAM, bestaat uit een groep van diverse medische en gezondheidssystemen, toepassingen en producten die over het algemeen geen deel uitmaken van de reguliere gezondheidszorg. Voorbeelden zijn acupunctuur, homeopathie, kruiden en voedingssupplementen. Helaas worden op dit gebied uiteenlopende termen en definiëringen gebruikt, daarom wordt begonnen met een poging tot begripsverheldering.

Een eerste vaststelling is dat de internationale situatie in dit opzicht weinig verheldering biedt. In sommige landen worden bepaalde vormen van ‘alternatief genezen’ wel gedoceerd aan universiteiten of hogescholen, in andere landen niet. Termen als ‘complementair’, ‘alternatief’ en ‘traditioneel’ worden door elkaar gebruikt. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) maakt dan ook geen duidelijk onderscheid tussen deze drie termen. Een geneeswijze die in het ene land als traditioneel wordt beschouwd, is in het andere land soms complementair of alternatief (of zelfs regulier). In het algemeen, zo schrijft de WHO, kennen traditionele geneeswijzen een lange traditie. Het gaat daarbij om het totaal aan kennis, vaardigheden en werkwijzen, gebaseerd op theorie, geloofsovertuiging en ervaring, die inheems zijn in een bepaalde cultuur (WHO, 2013).

De hieronder volgende nadere omschrijvingen kunnen dan ook niet anders dan arbitrair zijn; ze slaan alleen op de Nederlandse situatie.

- *Complementaire geneeswijzen*: al die geneeswijzen die aanvullend zijn op de reguliere geneeskunde, maar die niet worden onderwezen aan Nederlandse universiteiten en (erkende) hogescholen.
- *Alternatieve geneeswijzen*: al die geneeswijzen die volgens het eigen oordeel en handelen geacht worden vervangend te (kunnen) zijn voor de regulier-westerse geneeskunde.

- *Traditionele geneeswijzen*: geneeswijzen die wortelen in een lokale cultuur met een doorgaans sterke spirituele component.
- *Energetische geneeswijzen*: deze gaan uit van het lichaam als een geheel van energiesystemen (bio-energetisch, bioresonantie, biofysisch). Dit inzicht helpt bij het totstandbrengen van gezondheid, heling en geluk (IOCOB, 2016).
- *Complementary and Alternative Medicine (CAM)*: deze aanduiding is een verzamelterm voor behandelmethoden op basis van bovenstaande definities. Ze is momenteel alleen voor insiders echt duidelijk, maar op zich wel goed bruikbaar.
- *Integrale geneeswijzen*: deze geneeswijzen worden ingezet voor het bevorderen en handhaven van gezondheid van de gehele mens, zowel preventief als curatief. Dit kan zowel betrekking hebben op de individuele patiënt (holistisch/integraal) als op de samenwerking met andere hulpverleners (integrative medicine). Idealiter omvat deze geneeskunde reguliere, complementaire, alternatieve en/of traditionele vormen van diagnostiek en therapie, afhankelijk van de specifieke behoeften van de zieke.

---

## 1. GESCHIEDENIS VAN CAM IN NEDERLAND

Na een eeuwenlange ontwikkeling binnen Europa, die terug te voeren is op de Griekse arts Hippocrates (400 v.Chr.), met vele vormen van soms werkzame maar soms ook apert ondeugdelijke therapieën, besloot de Nederlandse overheid in 1865 om de ‘uitoefening van de geneeskunst’ wettelijk te regelen in de gelijknamige wet. Vanaf dat moment mocht de geneeskunde alleen nog worden uitgeoefend door artsen die aan de universiteit in de natuurwetenschappelijke geneeskunde waren opgeleid. Dat leidde direct al tot protesten van andere beroepsbeoefenaren in de geneeskunde. Deze strijd heeft voortgeduurd tot ongeveer het midden van de twintigste eeuw, met diverse processen tegen zogenoemde kwakzalvers. In dit kader kunnen de volgende vijf ontwikkelingsfasen worden onderscheiden.

### *Fase 1 – Voorfase (1850-1965)*

In deze fase ontstond de beroepsvereniging van artsen, de KNMG (1849), zagen we het in werking treden van de Wet Uitoefening Geneeskunde (1865) en het voeren van rechtszaken tegen al dan niet vermeende kwakzalvers.

### *Fase 2 – Revival-beweging (1965-1980)*

Nieuwe bewustwording: vooral jongeren bonden de strijd aan met verstarde structuren en het ‘regentendom’. Men experimenteerde en herontdekte de natuur, het milieu, traditionele manieren om dingen te doen (provo, ka-

bouter, flowerpower, macrobiotiek). Oude geneeswijzen werden herontdekt en nieuwe geïmporteerd.

### *Fase 3 – Formatieve fase (1980-1990)*

Deze fase vangt aan met het roemruchte rapport van de ministeriële (advies-) Commissie Alternatieve Geneeswijzen, ook wel bekend als de Commissie Muntendam. Haar Rapport Alternatieve Geneeswijzen van 1981 beschrijft zes hoofdstromen: acupunctuur, antroposofische geneeskunde, homeopathie, manuele geneeskunde, natuurgeneeskunde en paranormale geneeswijzen. Het rapport eindigt met elf aanbevelingen voor een soort begeleide ontwikkeling van deze sector. Aansluitend werden tal van initiatieven ontwikkeld vanuit het veld zelf (oprichting landelijke koepelorganisaties van patiënten, artsen en therapeuten). Ook was er enige jaren een door de overheid gefinancierd Informatie- en Documentatiecentrum Alternatieve Geneeswijzen (IDAG). Deze geneeswijzen werden onder druk van de verzekeren opgenomen in de aanvullende verzekeringspolis van de meeste ziektekostenverzekeringen, de media besteedden veel aandacht aan de opkomende alternatief-geneeskundige beweging, en de eerste wetenschappelijke verkenningen naar effectiviteit en veiligheid vonden plaats.

### *Fase 4 – Institutionalisering en professionalisering (1990-2000)*

Naast voortgaande vernieuwing kwam er enige rust in de ontwikkeling en werden hogere beroepsmatige eisen gesteld aan beoefenaren en voorlichters. De grotere verenigingen bouwden zich uit met ondersteunende secretariaten, de Wet BIG (Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg, opvolger van de Wet van 1865) werd in 1993 van kracht, de eerste proefschriften op dit gebied verschenen, en homeopathische en plantaardige geneesmiddelen werden opgenomen in het wettelijke registratiesysteem.

### *Fase 5 – Integratie en acceptatie (2000-heden)*

In deze fase kristalliseerde de complementaire/integrale geneeswijze zich verder uit. Er hoeft niet meer besmuikt over te worden gesproken op verjaardagsvisites, werkgevers bevelen in moeilijke gevallen hun medewerkers vaker aan om juist in dit circuit iets van hun gading te zoeken, jaarlijks maken een tot anderhalf miljoen patiënten van deze geneeswijzen gebruik en steeds vaker vindt samenspraak plaats tussen complementaire en reguliere hulpverleners. Ook internationaal gezien is de ontwikkeling niet meer te stoppen, met belangrijke nieuwe mogelijkheden in Europees verband en bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, Canada en Australië. Interessant is dat zich ook toepassingen ontwikkelen binnen de reguliere medische sector zelf. Elders in dit boek (zie hoofdstuk 16) worden deze uitvoerig besproken onder de naam *integrative medicine*.

Er was echter ook tegenslag: zo hield de KNMG zich opvallend afzijdig bij de verdere integratie van CAM-zorg in het Nederlandse zorgstelsel, kwam er nog weinig wetenschappelijk onderzoek van de grond en verzorgden slechts enkele opleidingsinstellingen aanvullend onderwijs in deze richting. Anderzijds zien we wetenschappelijke instituten binnen de CAM-sector ontstaan, zoals het Louis Bolk Instituut, het Van Praag onderzoekcentrum, Lentis als centrum voor integrale psychiatrie en de Stichting IOCOB als wetenschappelijke ‘luis in de pels’. Stichting IOCOB ontwikkelt en steunt innovatief onderzoek en onderwijs en verstrekt onpartijdige informatie op het gebied van complementaire behandelwijzen.

---

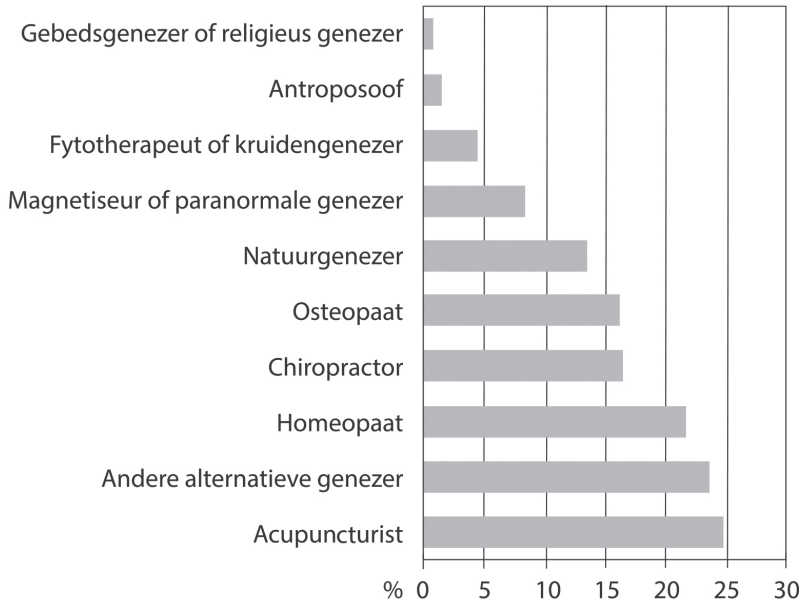
## 2. CAM-ZORG IN NEDERLAND

De wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG) geeft het kader aan waarbinnen de medische beroepsuitoefening plaatsvindt. Naast de vrije artsen- en therapeutenkeuze staat kwaliteitsbewaking voorop, met name in de vorm van verplichte inschrijving in het relevante beroepsregister. In het kader van deze wet werden echter nog geen specifieke CAM-registers ingesteld. Dit laatste verlegt de kwaliteitsbewaking enerzijds naar het strafrecht (bij het aanbrengen van lichamelijk letsel) en anderzijds naar de betreffende beroepsverenigingen (opleidings- en toelatingsvereisten). De wet BIG werkt overigens wel met voor bepaalde beroepen voorbehouden handelingen. Overtreding van deze regel levert een strafbare handeling op. IJkpunten voor onderwijs en kwaliteitszorg in het CAM-veld zijn vooral de beroepsprofielen die zijn opgesteld door (internationale) beroepsverenigingen of – per geneeswijze – de Wereldgezondheidsorganisatie. Recentelijk is de Wet Kwaliteit Klachten Geschillen Zorg (WKKGZ) ingegaan waaraan per 1 januari 2017 ook de CAM-beoefenaren zijn onderworpen. Deze wet eist dat de zorgaanbieder zorg draagt voor de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg.

In Nederland worden alternatieve geneeswijzen door zowel artsen als niet- artsen gepraktiseerd. De opleiding van niet-artsen of therapeuten verschilt per deelgebied. Een vrij omvangrijke groep CAM-therapeuten werd eerder opgeleid voor een (ander) paramedisch beroep, zoals dat van fysiotherapeut, diëtiste of verpleegkundige. Hun opleiding op het gebied van CAM zal om die reden doorgaans van aanvullende aard zijn. Een andere groep therapeuten genoot uitsluitend een (bijvoorbeeld vierjarige dag-)opleiding voor hun CAM-beroep. Dit laatste komt veel voor bij bijvoorbeeld de natuurgeneeskundige (niet-arts zijnde), de klassiek homeopaat, en de voetreflexzonetherapeut.



Naar schatting (het CBS weet dit niet precies) hebben we in Nederland omstreeks 1500 CAM-artsen en een kleine 30.000 CAM-therapeuten. Deze zijn per toepassingsgebied verdeeld over eigen beroepsverenigingen. Deze beroepsverenigingen zijn soms verenigd in koepelorganisaties als SRBAG ( gaat over in het Nederlands Instituut voor Belangenbehartiging Integrale Gezondheidszorg ), KAP, RBNG of RING . In beginsel bepalen deze de kwaliteit van geleverde zorg van hun leden door expliciete beroepsprofielen, toelatingseisen (opleiding!), nascholing of visitaties, met vaak een eigen klacht- en tuchtrecht. Hun praktiserende leden (arts of therapeut) functioneren als zelfstandig gevestigde zorgverlener binnen een welomschreven domein van de individuele gezondheidszorg. Maar ook komen meer dan eens onderlinge samenwerkingsverbanden voor, onder andere met vertegenwoordigers uit de reguliere gezondheidszorg (bijvoorbeeld huisarts, fysiotherapeut, psycholoog).



Type genezer onder mensen onder behandeling van alternatieve genezer, 2010/2012. Bron: CBS

Inmiddels hebben ook ontwikkelingen plaatsgevonden op het niveau van de ziektekostenverzekeraars, vooral met het oogmerk meer grip te krijgen op de kwaliteit van de door hen vergoede CAM-zorg in het kader van de aanvullende verzekering.

Het resultaat van het overleg tussen verzekeraars en beroepsverenigingen op het gebied van CAM was een intentieverklaring dat de complementaire

en alternatieve zorg op korte termijn het overeengekomen kwaliteitsbeleid zal gaan realiseren, in de vorm van expliciete kwaliteitsplannen: een kwaliteitskader, de betreffende kwaliteitsdocumenten en de kwaliteitsborging, het laatste zowel intern als extern. Verplicht (minimaal) onderdeel daarvan is het onderwijs in de medische basisvakken (ziekteleer, anatomie en fysiologie). De therapeuten die aan de betreffende kwaliteitseisen voldoen, zouden in een algemeen landelijk register worden opgenomen.

Een en ander legt een duidelijke verplichting op aan de CAM-sector wat betreft het opleidingsniveau: voor zover niet-arts zijnde zal men aan dezelfde eisen moeten voldoen als bij een reguliere opleiding op hbo-niveau. Dienaangaande heeft ook Nederland een verdrag met andere Europese lidstaten ondertekend waarbij een bachelor/masterstructuur is vastgesteld voor het hoger onderwijs en een minimale studieomvang van 240 ECT's (European Credit Points). Deze eis zal in principe ook ten aanzien van de hbo-therapeut op CAM-niveau moeten gaan gelden. Zou de therapeut *niet* aan deze eis voldoen, dan behoudt hij weliswaar (in het kader van de wet BIG) het recht om de betreffende complementaire of alternatieve geneeswijze als beroep uit te oefenen, maar zijn patiënten komen niet meer in aanmerking voor vergoeding vanuit gemeenschapsgelden.

---

### 3. PATIËNT EN COMPLEMENTAIR GENEESKUNDIGE ZORG

De gemiddelde Nederlander staat positief tegenover het gebruik van complementaire en alternatieve geneeswijzen, ook al is men soms niet precies bekend met de filosofische uitgangspunten en feitelijke werkwijzen ervan. Ook een steeds groter deel van de reguliere zorgbeoefenaren in Nederland lijkt gaandeweg het bestaan van deze andere geneeswijzen te accepteren. Over het algemeen kunnen mensen drie soorten motieven hebben om de hulp van een 'alternatieve' arts of therapeut in te roepen: teleurstelling in de onderzonden reguliere zorg, positieve informatie over 'alternatieve' geneeswijzen in het algemeen of over een specifieke beoefenaar in het bijzonder, of een zekere wanhoop inzake het eigen lijden. Men kan echter ook uit principe naar een alternatieve arts of therapeut gaan omdat men een gemeenschappelijke culturele of levensbeschouwelijke achtergrond vermoedt. Andere patiënten gaan meer pragmatisch te werk: voor het ene type klacht zoekt men de hulp van de huisarts, voor het andere type de hulp van een alternatieve genezer. Een grotere transparantie van en informatie over aard, bereikbaarheid en toegankelijkheid van deze andere geneeswijzen lijkt echter gewenst.

Mensen maken gebruik van alternatieve zorg voor verschillende aandoeningen, vooral klachten aan het bewegingsapparaat (reuma, rugklach-

ten, fibromyalgie) en het zenuwstelsel (hoofdpijn, migraine, chronische pijnklachten). Mensen die kanker hebben of in remissie zijn maken ook frequent gebruik van alternatieve zorg. Patiënten geven hierbij de voorkeur aan een huisarts die luistert, informeert, coacht en doorverwijst en samenwerkt met CAM-behandelaars. Aantrekkelijke kanten die worden genoemd van CAM zijn vertrouwen in de integrale aanpak, de mogelijkheid van een behandeling vanuit een andere kijk op gezondheid, de sterk persoonlijke benadering, de bereidheid van de therapeut om emotionele factoren te bespreken, de mogelijkheid om zelf iets aan de ziekte en het eigen leven te kunnen doen, de indruk dat alternatieve genezers met minder schadelijke methoden werken en de verwachting dat deze methoden op de lange termijn de gezondheid beter herstellen (Jong e.a., 2012; 2016).

Onderzoeker Alex Broom (Universiteit van Queensland, Australië) rapporteert soortgelijke ervaringen voor (ex-)kankerpatiënten. Hij wijst echter ook op een mogelijke keerzijde: het aanbieden van handvatten voor zelfzorg gaf een gevoel van autonomie, maar riep bij mensen ook negatieve gevoelens op als ze zichzelf niet in staat achtten zich aan de richtlijnen van de behandeling te houden. Mensen hadden het gevoel dat het een plicht was om positief in het leven te staan, ze voelden zich schuldig als ze ongezonde voeding aten. Broom spreekt in dit verband van ‘optimism cruelty’. Verder moeten we in dit verband helaas wijzen op het negatieve effect dat kan uitgaan van berichten en acties van de tegenstanders van CAM (Broom e.a. 2013).

Een belangrijk, minder vaak genoemd, mogelijk voordeel van de alternatief geneeskundige zorg is gelegen in de *positie* van de zorgvrager. Hij ‘onderhandelt’ (idealiter) rechtstreeks met een ‘zelfstandige ondernemer’ over aard, duur en kosten van de zorg. Dit verschilt sterk van zijn onderhandelingspositie in een ziekenhuis, waarheen hij in de eerste plaats vaak niet geheel uit vrije wil wordt verwezen en waar hij vervolgens onderworpen is aan allerlei administratieve en standaard diagnostische procedures. Ook behandeling en nazorg onttrekken zich vaak aan zijn persoonlijke beïnvloeding. De intake en positie bij een ‘alternatieve’ hulpverlener lijkt in dit opzicht zeer bevorderlijk te kunnen zijn voor het gevoel van eigenwaarde en regievoering bij een ‘alternatieve’ behandeling, hetgeen een belangrijke impuls kan zijn voor het herstelproces.

Hiermee komen we op het feitelijke gebruik dat mensen maken van alternatieve en complementaire vormen van zorg.

EUROCAM is de belangenorganisatie waarin alle Europese CAM-verenigingen voor patiënten, therapeuten en artsen zijn vertegenwoordigd. Volgens EUROCAM maakt één op de twee mensen in Europa gebruik van complementaire en alternatieve geneeskunde. In Europa werken in totaal 145.000 artsen en 165.000 therapeuten die training in een vorm van CAM hebben gehad (EUROCAM 2014).

In de periode 2010-2012 gaven in Nederland gemiddeld bijna 1 miljoen mensen aan het afgelopen jaar onder behandeling te zijn van een alternatieve genezer. Dit komt overeen met bijna 6% van de bevolking. Vooral de acupuncturist wordt vaak genoemd. Vrouwen, 30- tot 65-jarigen, hoger opgeleiden en aanvullend verzekerden hebben het meeste contact met de alternatieve genezer. In de periode van 1981 tot 1993 steeg het bezoek aan alternatieve genezers van 3,8 tot 5,8%; eerder schommelde dit percentage tussen de 5,3% en 7,2%. Inclusief huisartsen die ‘bijzondere geneeswijzen’ toepassen ligt dit zo’n 3 à 4% hoger. Degenen die contact hadden met een alternatieve genezer zijn daar volgens het CBS erg tevreden over (rapportcijfer 8.1). Raadpleging van de databank van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) leverde geen gegevens op over alternatief geneeskundige beroepsbeoefenaren. Officieel zijn de ‘alternatieve geneeswijzen’ in ons land dan ook non-existent.

---

#### 4. REGULIER EN ALTERNATIEF

Inzicht in de verschillen (en overeenkomsten) tussen CAM en de reguliere geneeskunde is van belang om de mogelijkheden voor samenwerking en afstemming goed te kunnen inschatten. Gemeenschappelijk is in elk geval dat beide typen hulpverleners zich richten op de ondersteuning van een probleemoplossing bij de patiënt, zij het dat de ‘alternatieve’ genezer de probleemdefinitie doorgaans meer bij de patiënt laat dan de reguliere zorgverlener die in feite immers alleen kan handelen op basis van een reguliere, dus conform ICD-10 criteria gedefinieerde diagnose. Maar de werkelijke verschillen liggen dieper.

- Denkmodel: een rationeel-analytisch, dus reductionistische manier van denken, voorkeur voor experimenteel onderzoek, een lineaire opvatting van causaliteit, en technologische oplossingen. Dit staat tegenover het denken in gehelen, in samenhang en wederkerigheid, met aandacht voor evenwicht, intuïtie, interactie en cyclische processen.
- Ziekteopvatting: laesie als aantoonbare afwijking aan organen, weefsels of cellen, versus systeem- of balansverstoring, disfunctioneren, mens-omgeving afhankelijkheid.
- Pathologie: exacte diagnostiek, bloed- en urinemonsters in plaats van kijken en voelen, systeemgerichtheid met aandacht voor disregulatie, functiestoornis, energietekort, onwelbevinden en leefwijze.

- Behandeling: wegnemen van de ziekteverschijnselen als zodanig tegenover systeemgerichte oplossing. Chemisch uitgezuiverde middelen, preparaten, opereren, bestralen en fysiotherapie. Versus: gehele mens, zelf-genezende tendenties, leefwijze en bewustwording, onschadelijkheid, in principe zachte natuurlijke methoden.
- Positie patiënt: regie bij de behandelaar of institutie versus regie bij de patiënt, zelf betalen, vrije keuze van arts of therapeut, geen nummer in systeem, maar zelf-kiezende en regie-voerende ‘klant’.
- Bewijsvoering: grootschalige gerandomiseerde gecontroleerde klinische studies versus (observatieve) designs op basis van het procesmatige verloop bij kleinere aantallen patiënten in het kader van een ‘totaal behandelconcept’ (zie hoofdstuk 4).

Enkele achtergronden voor het ontstaan van ‘alternatieve geneeswijzen’ in ons land zijn:

**WETENSCHAPPELIJK ONTWIKKELINGEN**

In de negentiende en twintigste eeuw was er sprake van een geweldige wetenschappelijke vooruitgang op het gebied van de geneeskunde, te duiden als biomedisch model. Men ontdekte de rol van de cellen, van het immuun-systeem, van serotonine, en men leerde zeer complexe operaties uit te voeren. Daarbij stuitte de biomedische geneeskunde ook op haar grenzen: wat bijvoorbeeld te doen met het groeiende fenomeen van de chronische ziekten, met het probleem van de bijwerkingen van deze vorm van geneeskunde, en met het gestoorde welbevinden van veel patiënten? Omdat er binnen het medische systeem destijds weinig aandacht bestond voor deze problemen, was er ruimte voor het ontstaan van letterlijk ‘alternatieve’ benaderingen.

**WETTELIJKE FORMULERINGEN**

De uitoefening van de geneeskunde werd in ons land lange tijd beheerst door de gelijknamige wetgeving uit 1865, ook wel aangeduid als de Wet Thorbecke. Aangezien deze wet de zorg aan zieken uitsluitend voorbehield aan artsen die aan de universiteit waren opgeleid, dus in een natuurwetenschappelijk gefundeerde geneeskunde, was er vanaf de aanvang een ingebouwd conflict met de ook toen al bestaande praktijk van beroepsuitoefening door personen met een andere visie op ziekte en genezen. Er ontstond dan ook een handhavingsstrijd van de officiële orde tegen deze ‘kwakzalvers’, maar uiteindelijk zag ook de Nederlandse overheid wel in dat deze exclusiviteit van de natuurwetenschappelijke geneeskunde niet was te hand-

haven. In de jaren negentig van de vorige eeuw trad dan ook een nieuwe wet in werking, de Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg, ook wel aangeduid als de Wet BIG, die meer ruimte bood voor andere vormen van genezen, zij het dat deze gelijkstelling anderzijds weer werd ingeperkt door het niet-instellen van de in het kader van de Wet BIG vereiste nieuwe beroepsregisters.

### MAATSCHAPPELIJKE EMANCIPATIEPROCESSEN

In de afgelopen halve eeuw hebben we gezien dat de individuele burger zich geleidelijk losmaakte, of los wilde maken, van knellende banden van instituties als kerk, standenmaatschappij, de dwingende macht van de overheid en het natuurwetenschappelijke zorgsysteem. Zo ontstond de vrije burger, de vrije patiënt die voor zijn eigen gevoel heel best zelf kon bepalen welke zorg goed voor hem of haar zou zijn. Daartoe mede in staat gesteld door een toegenomen welvaartsniveau waardoor deze burger desnoods zijn vakantie-uitkering wilde besteden voor de zelfgekozen ‘alternatieve’ zorg. Een emancipatieproces dat nog steeds gaande is.

Een en ander had te maken met de opkomst van het zogeheten systeemdenken, een algemeen wetenschappelijke ontwikkeling waarin niet alleen het menselijk lichaam, maar ook hele samenlevingen, een vlinder of een centraal verwarmingssysteem benaderd werden als een systeem. Hierbij let de onderzoeker vooral op het samenspel tussen de onderdelen, het handhaven van evenwicht door middel van interne regulatieprocessen, de wisselwerking tussen systeem en omgeving, en het belang van stofwisseling en andere levensprocessen (zoals ademhaling), stabiliteit, enzovoort. Ook in de moderne geneeskunde zien we deze ontwikkeling naar systeemdenken op gang komen.

Wanneer we nu kijken naar het meer praktische vlak van de verhouding tussen regulier en alternatief, dan moeten we helaas vaststellen dat minder dan de helft van de patiënten van de huisarts deze op de hoogte stelt van het bezoek aan een alternatief werkende arts of therapeut; hetzelfde geldt voor het gebruik van natuurlijke zelfzorgmiddelen. De reden hiervoor is dat deze patiënten daarover niet altijd open durven te spreken of dat de huisarts hier niet expliciet naar vraagt. Dit brengt risico's voor patiëntveiligheid met zich mee.

Meer dan driekwart (81%) van de Nederlanders vindt dat reguliere artsen en alternatieve behandelaren moeten samenwerken. Een bijna even groot aantal Nederlanders is van mening dat de overheid deze samenwerking moet stimuleren en bijvoorbeeld in ziekenhuizen naast de reguliere therapieën ook alternatieve therapieën aan moet bieden. Cliënten zijn gebaat bij een goede samenwerking tussen reguliere arts en alternatieve beoefenaar. In Nederland zijn verschillende plaatsen in de gezondheidszorg waar reeds een

goede samenwerking is gerealiseerd, bijvoorbeeld gezondheidscentra waar een huisarts samenwerkt met een of meer alternatief genezers. Een deel van deze reguliere vakgenoten heeft behoefte aan informatie over CAM en op kwaliteit toetsbare informatie, zodat er een geïnformeerde kennisbasis kan ontstaan waarmee multidisciplinaire samenwerking gefaciliteerd wordt. Acceptatie wordt eveneens belemmerd door het ontbreken van een ijkpunt voor kwaliteitsborging; het is vaak onvoldoende mogelijk goed opgeleide alternatieve zorgaanbieders van slechte te onderscheiden. Een interessante ontwikkeling is overigens dat het reguliere systeem doende lijkt delen van de alternatieve geneeswijzen in zekere zin te assimileren qua taalgebruik, de inrichting van nieuwe afdelingen of voorzieningen voor integrale zorg, enzovoort (PMG 2016). Met name in de VS zien we verdergaande initiatieven tot samenwerking en afstemming die bekendstaan als *integrative medicine*; deze ontwikkeling is ook in Nederland gaande, maar staat hier in zekere zin nog in de kinderschoenen (zie hoofdstuk 16).

---

## 5. RECENTE ONTWIKKELINGEN

Maatschappelijk gezien lijken ons de volgende ontwikkelingen van belang ten aanzien van de toekomst van de complementaire en alternatieve geneeskunde en zorg: ontwikkelingen in de algemene gezondheidszorg, de voortgaande emancipatie van de patiënt, de processen van professionalisering en institutionalisering inzake CAM-zorg, globalisering en internationale ontwikkelingen, het beschikbaar komen van nieuwe communicatie- en informatiesystemen (ICT en E-health), en het streven naar een integrale zorg. Deze bespreken wij hieronder in het kort.

### ONTWIKKELINGEN IN DE ALGEMENE GEZONDHEIDSZORG

Voor het ontstaan en kunnen beoordelen van nieuwe ontwikkelingen is het volgende van belang. In de (Nederlandse) gezondheidszorg zijn zeven niveaus van organisatie en regulatie te onderscheiden waarop de condities voor de zorg aan de individuele patiënt aan de basis worden bepaald. Van hoog naar laag zijn deze:

- Niveau 1 – de maatschappij als geheel: cultuur, morbiditeit, welvaartsniveau, milieu en klimaat, bevolkingsdichtheid, enz.
- Niveau 2 – de overheid: sturende eenheid, wetgeving, geldmiddelen, toezicht, enz.
- Niveau 3 – de gezondheidszorg: geheel van voorzieningen ten behoeve van zorg voor gezondheid en ziekte, inclusief financieringssysteem.

Niveau 4 – de voorzieningen: de afzonderlijke voorzieningen met een regulerende of specifieke zorgtaak (ziekenhuizen, gezondheidscentra, enz.).

Niveau 5 – de beroepsbeoefenaren: artsen, therapeuten, verpleegkundigen, enz.

Niveau 6 – de individuele patiënt, zorgvrager, cliënt, gehandicapte of verzekerde.

Niveau 7 – het persoonlijk micro-milieu: fysieke omgeving, sociaal-culturele groep.

Deze niveaus bepalen tezamen de zorgbehoefte, het type zorg (hoeveelheid, beschikbaarheid, toegankelijkheid) en werkzaamheid daarvan voor de individuele zorggebruiker. De wettelijk niet-vastgelegde beroepsstatus van de complementaire en alternatieve geneeskundige zorg in ons land en de moeilijkste toegankelijkheid daartoe moeten in dit kader worden begrepen.

Uitgangspunten voor een gezonde zorg zouden echter moeten zijn:

- Accent op gezondheidsbevordering en preventie
- (Echte) keuzevrijheid voor de patiënt
- Voorrang voor nulde- en eerstelijnszorg
- Democratische besluitvorming
- Aantoonbare kosten-baat
- Financiële ‘incentives’
- Controleerbare kwaliteit
- Neutraal betaalbureau
- Centrale sturing, perifere zelfregulatie

In dit kader komt aan de (erkenning van) de complementaire en alternatieve geneeskunde een toenemende rol toe. Indien er geen sprake is van acute of ernstige aandoening of ziekte kunnen deze geneeswijzen in veel gevallen een eerste therapiekeus zijn. Zou dit het geval zijn, dan zal binnen samenwerkingsverbanden overleg dienen plaats te vinden met de verwijzende (reguliere) arts. Vooral bij chronisch zieken kan dit leiden tot vermindering van medicatie en een groter welbevinden, vooral daar waar knelpunten ontstaan als polyfarmacie, progressief chronisch ziek-zijn, niet-verklaarbare functionele klachten, antibioticaresistentie (Weeks 2016). Dat dit geen wensdroom hoeft te blijven, bewijst het Zwitserse model waar traditionele Chinese geneeskunde (acupunctuur), homeopathie, antroposofische geneeskunde, neuraaltherapie en fytotherapie vergoed worden vanuit de verplichte basisziektekostenverzekering, althans voor zover de behandeling wordt uitgevoerd door een arts. Een kwart van de Zwitsers ouder dan 15 jaar (25%) heeft in het afgelopen jaar gebruikgemaakt van minstens een CAM-therapievorm. Mensen die chronisch ziek waren, vrouwen, hoger op-



geleiden en mensen tussen de 40 en 60 jaar maakten naar verhouding meer gebruik van CAM. Dit profiel is gelijk aan het gebruikersprofiel gevonden in andere landen (zoals Duitsland, Australië, Engeland en Amerika). Ongeveer 60% van de Zwitsers heeft een aanvullende verzekering waarin CAM-therapie (gedeeltelijk) wordt vergoed. Het totale CAM-zorgverbruik is tussen 2007 en 2012 stabiel gebleven (Klein, Torchetti, Frei-Erb & Wolf 2015).

### **DE VOORTGAANDE EMANCIPATIE VAN DE PATIËNT**

In het voorgaande werd hierover al voldoende gezegd. De verwachting is dat hier sprake is van een onomkeerbare trend.

### **PROCESSEN VAN PROFESSIONALISERING EN INSTITUTIONALISERING INZAKE CAM-ZORG**

Ook hierover werd in het voorgaande al het nodige gezegd. Duidelijk is dat het professionaliseringsproces in de complementaire en alternatieve sector voortschrijdt. Wellicht zal er echter een tweedeling ontstaan tussen die therapeuten die aan de geldende hbo-eisen voldoen, en de therapeuten die (nog) niet aan deze eisen kunnen of willen beantwoorden.

### **GLOBALISERING EN INTERNATIONALE ONTWIKKELINGEN**

Het lijkt duidelijk dat Nederland steeds meer de internationale ontwikkelingen zal gaan volgen wat betreft de erkenning en het gebruik van complementaire en alternatieve geneeswijzen.

De WHO stelde bijvoorbeeld voor de periode 2014-2023 een beleidsstuk op voor traditionele en complementaire geneesmiddelen. Dat beleidsstuk moet landen ondersteunen bij de ontwikkeling van beleid en actieplannen voor het gebruik van kruiden in de zorg. Het nieuwe beleid is tevens een pleidooi voor de opname van traditionele en complementaire medicinale producten, behandelmethoden en behandelaars in de gezondheidszorg (WHO 2013). Ook ZonMw (stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie in opdracht van het ministerie van vws en van de NWO) ondersteunt deze doelstellingen van de WHO in het 'Signalement Ontwikkeling en implementatie van evidence-based complementaire zorg' van maart 2014 (ZonMw 2014).

### **HET BESCHIKBAAR KOMEN VAN NIEUWE COMMUNICATIE- EN INFORMATIE-SYSTEMEN (ICT EN E-HEALTH)**

Hierbij is het mogelijk grote databestanden nader te analyseren op trends en consumptiepatronen (Big Data), kunnen elektronische patiëntendossiers worden ingericht, kunnen vormen van E-health tot ontwikkeling komen, zul-

len chatgroepen en Twitter communicatienetwerken tussen behandelaren en gebruikers doen ontstaan, kunnen speciaal voor de patiënt ingerichte zoekprogramma's voor passende zorg worden ontwikkeld en zijn reeds elektronische toepassingen beschikbaar voor de individuele gezondheidsbewaking.

### NAAR EEN INTEGRALE ZORG

De toekomst moet natuurlijk zijn dat er niet langer twee zorgsystemen naast elkaar bestaan, de een dominant en de ander recessief, waartussen de patiënt of cliënt voortdurend moet kiezen, met alle problemen van dien. We hebben het dan wel over methoden en technieken waarvoor een zekere mate van evidentie bestaat, zowel wat betreft hun veiligheid als hun werkzaamheid. Complementaire en alternatieve geneeswijzen zijn vooral gericht op gezondheidsbevordering, welzijn en kwaliteit van leven: het gaat hierbij zowel om geneeskunde als om (zelf)zorg en welzijn. Het is duidelijk dat de patiënt deze uitbreiding van zijn/haar keuzemogelijkheid wil. Hopelijk draagt dit boek ertoe bij dat ook buitenstaanders een realistischer beeld krijgen van de mogelijkheden van wat nu nog 'alternatief' heet. Natuurlijk zijn deze methoden alternatief, maar dat komt alleen omdat zij binnen onze algemene gezondheidszorg *niet gedoogd en uitgewerkt worden*.

N.B. Voor de meer praktische gegevens inzake complementaire en alternatieve geneeswijzen (beroeporganisaties, patiëntenverenigingen, enz.) wordt verwezen naar de afzonderlijke geneeswijzen zoals in de volgende hoofdstukken van dit boek besproken.

---

### SELECTIE VAN GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Aakster, C.W. Alternatieve geneeswijzen in C.W. Aakster en J.W. Groothoff: *Medische sociologie*, Wolters Noordhoff, Groningen 2003
- Aakster, C.W. Naar een andere gezondheidszorg, *Tijdschrift voor Integrale Geneeskunde*, 2016.
- Broom, A., Meurk, C., Adams, J. en Sibbritt, D. 2014. My Health, My Responsibility? Complementary Medicine and Self (Health) Care. *Journal of Sociology* 50(4): 515-30. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2014-52289-009&site=ehost-live>na.broom@uq.edu.au
- CBS – Bijna 1 miljoen mensen onder behandeling van een alternatieve genezer, *Webmagazine*. (n.d.). Geraadpleegd November 06, 2014: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4041-wm.htm>
- Gale, N. 2014. The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass* 8(6): 805-22.

- Commissie Alternatieve Geneeswijzen: Alternatieve geneeswijzen in Nederland. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1981.
- Eardley, S. e. a. (2012). CAM use in Europe – The patients’ perspective. Part I: A systematic literature review of CAM prevalence in the EU. *Cambrella Work Package 4*, Available at [https://phaidra.univie.ac.at/detail\\_object/0:292161](https://phaidra.univie.ac.at/detail_object/0:292161). Geraadpleegd 24/8/14.
- Eurocam (2014) CAM2020 The contribution of Complementary and Alternative Medicine to sustainable healthcare in Europe (p. 59). Geraadpleegd op 25 september 2016. Beschikbaar via <http://ehpta.eu/pdf/CAM2020-FINAL.pdf>).
- Jong, M.C. e. a. 2012. Integration of Complementary and Alternative Medicine in Primary Care: What Do Patients Want? *Patient Education and Counseling* 89(3): 417-22: <http://search.proquest.com.access.authkb.kb.nl/docview/1095458328?accountid=16376>
- Jong, M. C., Busch, M., Vijver, L. P. L. Van De, Jong, M., Fritsma, J. & Seldenrijk, R. (2016). Primary Health Care : Open Access Pragmatic Model for Integrating Complementary and Alternative Medicine in Primary Care Management of Chronic Musculoskeletal Pain, 6(2):doi:10.4172/2167-1079.1000224
- Klein, S. D, Loredana T, Frei-Erb, M. en Wolf, U. 2015. Usage of Complementary Medicine in Switzerland: Results of the Swiss Health Survey 2012 and Development Since 2007. *PLoS one* 10(10): e0141985. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4626041&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (November 2, 2015)
- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (2016) NIVEL databank. Geraadpleegd op 13 september 2016, via <http://www.nivel.nl/nl/databank>
- Nissen N. e.a. (2012). Citizens’ needs and attitudes towards CAM. Final Report of Cambrella Work Package 3 – see conclusions Citizens’ demand and support for CAM and CAM provision in public healthcare Systems; page 46. Available at [https://phaidra.univie.ac.at/detail\\_object/0:291585](https://phaidra.univie.ac.at/detail_object/0:291585). Geraadpleegd 19/8/14
- PMG - Pulse Media Group: Clientcentrale zorg, september 2016.
- Reijmerink, W. (2014), Signalement Ontwikkeling en implementatie van evidence-based complementaire zorg. ZonMw, Den Haag.
- Stichting IOCOB( 2016). *Energetische geneeskunde*. Geraadpleegd op 25 september 2016. Beschikbaar via [http://www.iocob.nl/2007/11/energetische\\_geneeskunde/](http://www.iocob.nl/2007/11/energetische_geneeskunde/)
- Van Dijk, P. (2003). Algemene informatie over alternatieve geneeswijzen in Nederland. In *Geneeswijzen in Nederland* (9e dr., pp. 17-56). Deventer: Ankh Hermes.
- Von Ammon, K. e. a. (2012). Health Technology Assessment (HTA) and a map of CAM provision in the EU. Final Report of Cambrella Work Package 5. Available at [https://phaidra.univie.ac.at/detail\\_object/0:300096](https://phaidra.univie.ac.at/detail_object/0:300096)
- Weeks, John. 2016. Integrative Health: Implications from a Report That Medical Errors Are the USA’s Third Leading Cause of Death. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 22(7): 493-95. <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/acm.2016.29006.jjw>
- WHO (2013), Traditional Medicine Strategy 2014-2023, Science Advances (2014). The Art and Science of Traditional Medicine. TCM today – A Case for Integration WHO Press, Geneva, Switzerland, ISBN 978 92 4 150609 0. Approved at the 67th session of the World Health Assembly of 24 May 2014 (WHA 67.18)
- Wiese, M., en Oster, C. 2010. Becoming Accepted: The Complementary and Alternative Medicine Practitioners’ Response to the Uptake and Practice of Traditional Medicine Therapies by the Mainstream Health Sector. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 14(4): 415-433.<http://search.proquest.com.access.authkb.kb.nl/docview/755203049?accountid=16376>

# Inhoud

<b>WOORD VOORAF</b>	5
<b>HOOFDSTUK 1. INLEIDING</b>	25
<b>HOOFDSTUK 2. POSITIE VAN DE COMPLEMENTAIRE GENEESWIJZEN</b>	31
1. Geschiedenis van CAM in Nederland	32
2. CAM-zorg in Nederland	34
3. Patiënt en complementair geneeskundige zorg	36
4. Regulier en Alternatief	38
Wetenschappelijke ontwikkelingen	39
Wettelijke formuleringen	39
Maatschappelijke emancipatieprocessen	40
5. Recente ontwikkelingen	41
Ontwikkelingen in de algemene gezondheidszorg	41
De voortgaande emancipatie van de patiënt	43
Processen van professionalisering en institutionalisering inzake CAM-zorg	43
Globalisering en internationale ontwikkelingen	43
Het beschikbaar komen van nieuwe communicatie- en informatiesystemen (ICT en E-health)	43
Naar een integrale zorg	44
Selectie van geraadpleegde literatuur	44
<b>HOOFDSTUK 3. BASISBIOREGULATIESYSTEEM (ROEL VAN WIJK)</b>	49
1. Zelfherstellend vermogen: van verwondering tot velddenken	50
Wonderbaarlijk zelfherstel	50
De ontdekking van de cel als basiselement van leven	51
Een veld van informatie	51

Over systeemdenken, het morfogenetische veld en ultrazwakke straling	52
<b>2. Het bindweefsel als centrale structuur in biologische organisatie</b>	<b>53</b>
De vele aspecten van bindweefsel: anatomie, fysiologie, fysische chemie	53
De sturende rol in de ontwikkeling: embryologie en orgaandifferentiatie	54
Bindweefsel tijdens herstel	56
Weefselcellen tijdens herstel	57
<b>3. Verouderen in een chemische wereld</b>	<b>58</b>
Toenemende belasting vanuit het milieu	58
Neurotoxiciteit illustreert de accumulatie van schade	60
<b>4. Biomedisch onderzoek naar het functioneren van het BBRs</b>	<b>61</b>
De entree van het biomedisch onderzoek	61
Psychosociale factoren in stressonderzoek	61
Van heterostase naar allostase: rol van de hersenen	62
De meetbaarheid van de kwaliteit van het BBRs wordt uiterst complex	62
<b>5. Modern systeembioologisch onderzoek naar het functioneren van het BBRs</b>	<b>64</b>
Complex denken over organisatie van metabolisme	64
Dynamiek: pulsaties in het metabolisme worden zichtbaar	64
Een nieuwe kijk op energie	65
<b>6. Het gebruik van biofotonen voor het vraagstuk van de afstemming</b>	<b>66</b>
Biofotonen komen in beeld met nieuwe technologie	66
De plaats van biofotonen in het BBRs bij stress	68
Allostatische belasting van het bioregulatiesysteem via biofotonen	69
Een PASS-profiel	69
<b>7. Enkele richtingen in het medisch denken gerelateerd aan BBRs</b>	<b>70</b>
BBRs als theoretisch concept voor therapie	70
Homotoxicologie	71
Tumortherapieën gerelateerd aan zuurstofvoorziening	72
Neuraaltherapie en het basisbioregulatiesysteem	73
<b>8. Conclusie</b>	<b>74</b>
Referenties	75

**HOOFDSTUK 4. ONDERZOEK EN METHODEN**

<b>1. Onderzoeksfilosofie en bewijsvoering</b>	82
De maatschappij als geheel	82
Medisch establishment	82
Het sociale veld	83
De bewijsvoering als zodanig	84
Totaal behandelconcept	87
Primaire keuzes bij het onderzoek	90
Betrokkenheid patiënt	90
De systeembenadering	91
Zorgcontext	92
<b>2. Theorie en vraagstelling</b>	93
State of the art	93
Onderzoekshypothesen	95
Begripsdefinities	96
Verklaringsmodellen	96
<b>3. Aandoening en behandeling</b>	98
Operationele definiëring van de aandoening	98
Behandelingsprotocol	99
Overige aspecten	100
<b>4. Onderzoekslocatie en faciliteiten</b>	100
<b>5. Designs van onderzoek</b>	101
Het <i>randomized controlled trial</i>	101
Reviews en andere literatuuroverzichten	103
Casuïstiek	105
Fundamenteel onderzoek	106
Observationeel onderzoek	107
Cohort studies	109
Statistische rekenmodellen	110
Praktijkregistratie	110
Combinaties en overige designs	111
<b>6. Meet- en registratieprocedures</b>	111
Gezondheidswinst	112
Compliance en registratie	113
Kostenbaat-onderzoek	113
<b>7. Populatie en steekproef</b>	114
<b>8. Gegevensverzameling en analyse</b>	115
Theoretische werkwijze	116
Multivariate analyse	116
<b>9. Interpretatie en verslaglegging</b>	118
<b>10. Implementatie</b>	119
Belangrijke (web)adressen	120
Selectie van geraadpleegde literatuur	121

<b>HOOFDSTUK 5. NATUURGENEESKUNDE</b>	127
1. <b>Herkomst en filosofie</b>	127
Historische fasen van de westerse geneeskunde	128
2. <b>Uitgangspunten van de natuurgeneeskunde</b>	130
3. <b>Werkwijze en diagnostiek</b>	131
De zes fasen van de ziekte­theorie van Reckeweg	132
De twee deeltheorieën van Roel van Wijk	132
Een verklarende theorie	134
De diagnostiek als proces	135
Diagnostische methoden en technieken	136
Enkele natuurgeneeskundige diagnostische methoden	137
Reguliere diagnose als vertrekpunt	141
4. <b>De natuurgeneeskundige behandel­methode</b>	141
Behandelstrategieën	142
Herstelproces in stappen	145
Natuurgeneeskundige behandel­methoden	146
5. <b>Onderzoek en resultaten</b>	153
Zes studies naar de effecten van een natuurgeneeskundige behandeling	153
Onderzoek op deelgebieden van de natuurgeneeskunde	156
6. <b>De rol van de patiënt</b>	161
Belangrijke (web)adressen	163
Geraadpleegde literatuur	163
<b>HOOFDSTUK 6. KRUIDENGENEESKUNDE</b>	169
1. <b>Herkomst en filosofie</b>	171
Herkomst	171
Filosofie	173
2. <b>De werking van de kruiden</b>	175
Bereidingsmethoden	179
Kwaliteit van kruidenpreparaten	180
Veiligheid van kruiden	181
Specifieke toepassingen	184
3. <b>Werkwijze en gebruik</b>	192
Fytotherapeut	193
Diagnostiek	193
Gebruik	194
Gebruik als zelfzorg	195
4. <b>Onderzoek en resultaten</b>	196
Voorbeelden van werking	197
Aroma-, bachelbloesem- en gemmotherapie	201
Wetenschappelijk onderzoek	204

5. De rol van de patiënt	204
Belangrijke (web)adressen	205
Selectie van geraadpleegde literatuur	205
<b>HOOFDSTUK 7. TRADITIONELE CHINESE GENEESKUNDE</b>	211
1. Herkomst en filosofie	213
De vijf fundamentele substanties van yin en yang	215
Anatomie op zijn Chinees	215
Meridianen	216
Acupunctuurpunten	216
De vijf fasen, de Sheng-cyclus en de Ke-cyclus	219
Oorzaken van ziekte	220
2. Werkwijze en diagnostiek	221
Het diagnostische proces	221
Diagnostische methoden	222
3. De Chinese behandelmethoden	224
Acupunctuur	224
Acumassage (tuina)	226
Cupping	227
Chinees kruidengeneeskunde	227
Chinees manipulatietechnieken: ‘bone setting’ (zheng gu shui)	229
Chinees voedingsleer	229
Moxa-behandeling	230
Qi gong	230
Tai chi (tai ji quan)	231
4. Onderzoek en resultaten	231
Onderzoek naar basisuitgangspunten in de TCM	232
Onderzoek naar diagnostische methoden	234
Acupunctuur	234
Onderzoek naar moxibustie en cupping	240
Onderzoek naar Chinese kruiden	241
Onderzoek naar tai chi (tai ji quan)	241
Toekomst in onderzoek	242
5. De rol van de patiënt	243
Belangrijke (web)adressen	244
Geraadpleegde literatuur	245
<b>HOOFDSTUK 8. AYURVEDA</b>	251
1. Herkomst en filosofie	252
Herkomst	252
Filosofie	253



Verklarend woordenlijstje	255
<b>2. Werkwijze en diagnostiek</b>	256
Kijk op gezondheid	256
Kijk op ziekte	258
De ayurvedische dokter	260
Diagnostiek	261
Behandelen	261
<b>3. De ayurvedische behandelmethode</b>	262
Reiniging	263
Voeding	263
Beweging	263
Geneesmiddelen	264
<b>4. Onderzoek en resultaten</b>	264
De eigen aard van de ayurvedische geneeskunde	265
De werking van de totale behandeling	266
Onderzoek naar de basisconcepten	267
Farmacologie en fytotherapie	267
Reinigingsbehandelingen (panchakarma) en regenererende en verjongende voorbereidingen (rasayana's)	268
Infrastructuur en integratie	269
De rol van de kosmopolitische geneeskunde	272
Kwaliteitsmaatstaven	272
<b>5. De rol van de patiënt</b>	273
<b>6. Enkele aanverwante benaderingen</b>	274
Meditatie	274
Yoga	276
Belangrijke (web)adressen	278
Selectie van geraadpleegde literatuur	279
<b>HOOFDSTUK 9. ANTROPOSOFISCHE GENEESKUNDE</b>	283
<b>1. Herkomst en filosofie</b>	284
Uitgangspunt	285
De 'viergeleding'	286
Antroposofische en reguliere geneeskunde	289
<b>2. Werkwijze en diagnostiek</b>	290
De driegeleding	290
Gezondheid	292
Ziekte	293
Diagnostiek	294
<b>3. De antroposofische behandelmethode</b>	295
Totaalbehandeling	296
Ondersteunende therapieën	297

Kinderziekten	299
Antroposofische geneesmiddelen	299
Antroposofische gezondheidszorg	301
4. Onderzoek en resultaten	302
Bewijsvoering	303
De toekomst	311
5. De rol van de patiënt	312
Het witboek	312
Belangrijke (web)adressen	313
Selectie van geraadpleegde literatuur	315
<b>HOOFDSTUK 10. HOMEOPATHIE</b>	321
1. Herkomst en filosofie	322
Het gelijke met het gelijksoortige genezen	324
De hoog gepotentieerde verdunningen	326
2. Werkwijze en diagnostiek	327
Klinische homeopathie	328
Complexhomeopathie	328
Klassieke homeopathie	328
Diagnostiek	330
Prognostiek en de wet van Hering	332
Verschillende stromingen in de klassieke homeopathie	332
Geen mens hetzelfde	333
Constitutietypes	333
Overige werkwijzen in de homeopathie	335
Indicaties	337
3. De homeopathische behandelmethode	338
Geneesmiddelenonderzoek	339
Homeopathische geneesmiddelen	339
4. Onderzoek en resultaten	342
Pragmatisch observationeel onderzoek	343
Experimenteel RTC-onderzoek	345
Zorg- en medicijngebruik	346
Kosteneffectiviteit	347
Fundamenteel onderzoek	348
Nanodeeltjes	349
Werkingsmechanisme	350
Model-validiteit	351
Onderzoek om de toepassing van homeopathie te verbeteren	351
5. De rol van de patiënt	353
Belangrijke (web)adressen	354
Selectie van geraadpleegde literatuur	356

<b>HOOFDSTUK 11. LICHAAM-EN-GEESTTHERAPIEËN</b>	361
1. De verbinding tussen lichaam en geest	361
De psyche en onze weerstand	361
De verbinding tussen de hersenen en de darmen	362
De ademhaling	362
Stress	362
Positieve emoties	364
Psycho-neuro-immunologie	365
2. Therapieën met de nadruk op de geest	367
Korte geschiedenis	367
Begrip van bewustzijn	367
Hypnotherapie	367
Meditatie	368
Mindfulness	371
Psychotherapie	373
3. Therapieën met de nadruk op het lichaam	377
Biofeedback	377
Lichaamsgerichte complementaire psychotherapie	378
Yoga	383
4. Onderzoek en resultaten	386
Invloed op stress	386
Lichaam-en-geesttherapieën bij kanker	389
Toepassing bij pijn	390
Reiki en Therapeutic Touch	391
Onderzoek in Nederland	392
5. De rol van de patiënt	392
Belangrijke (web)adressen	393
Selectie van geraadpleegde literatuur	395
<b>HOOFDSTUK 12. MANUELE BEHANDELWIJZEN</b>	401
1. Behandelwijzen op basis van specifieke handgrepen of manipulaties	404
Chiropraxie	404
Cyriax	405
Dorntherapie	405
McKenziemethode	406
Manuele therapie, systeem Eindhoven	406
Manuele therapie, systeem Sikesz	406
Manuele therapie, systeem Van der Bijl	406
Manuele therapie volgens Maitland	406
Myo(fasciale) therapie	406
Orthomanuele geneeskunde	407

Orthopedische geneeskunde (Cyriax)	409
Osteopathie	409
Triggerpointtherapie	410
<b>2. Behandelwijzen op basis van massage</b>	410
Antroposofische fysiotherapie	411
Aston-Patterning	411
Esalenmassage	411
Heller-work	411
Holistische massage	411
Klassieke massage	412
Lymfedrainage	414
Periostmassage	414
Proskauermassage	415
Rolfing	415
Structurele integratie	416
Trager-work	416
<b>3. Behandelwijzen door subtiele prikkelingen</b>	416
Bowenbehandeling	416
Craniosacraaltherapie	417
Ehrenfriedmethode	417
Ellé Fostermethode	417
Feldenkreismethode	418
Haptonomie of haptotherapie	418
Holistic pulsing	420
Idiomusculaire mobilisatietechnieken volgens Roel Gaymans	420
Methode Marsman	420
Methode Mézières	420
Podoposturale therapie	421
Podotherapie	421
Rebalancing	421
Stretching	422
<b>4. Behandelwijzen met segmentale stimulatie</b>	422
Bindweefselmassage	422
Dry needling	424
Handreflexologie	424
Lichaamsreflexologie	424
Metamorfosemassage of prenatale therapie	424
Neuraaltherapie	424
Reflexzonetherapie	426
Voetzoolmassage	426
<b>5. Behandelwijzen op basis van houdings- en bewegingsoefeningen</b>	426
Diagnostiek ten aanzien van houding en beweging	426
Therapie ten aanzien van houding en beweging	427

Alexandertechniek	428
Antroposofische fysiotherapie	428
Bewegingsexpressietherapie	428
Buteykometode	428
Cesar-Pilatesmethode	429
Dancetherapie	429
Dispokinesiotherapie	429
Eutonie	429
Ismakogie	429
Mensendieckmethode	430
Posturologie	430
Sacred dance	430
Schrijfbewegingstherapie	430
Zilgreimethode	430
<b>6. Onderzoek en resultaten</b>	<b>431</b>
Chiropraxie	431
Orthomanuele geneeskunde	436
Osteopathie	438
Klassieke en bindweefselmassage	439
Haptonomie	440
Neuraaltherapie	441
<b>7. De rol van de patiënt</b>	<b>445</b>
Belangrijke (web)adressen	446
Selectie van geraadpleegde literatuur	448
<b>HOOFDSTUK 13. ECLECTISCHE EN BIO-ELEKTRISCHE BEHANDELWIJZEN</b>	<b>455</b>
<b>1. Eclectische of combinatiebehandelwijzen</b>	<b>456</b>
Analytisch-synthetische respons (ASR)	457
BSM-De Jong-therapie	457
Mazdaznan	458
Malvatherapie	459
Mesologie	460
Neuro-emotionele integratie (NEI) en vitaliteitskunde	461
Volksgeneeskunde	462
<b>2. Belangrijke bio-elektrische behandelwijzen</b>	<b>466</b>
Bicom-therapie	467
Bio-elektrische functiediagnostiek (BFD)	467
Bio-elektronica volgens Vincent (BEV)	468
Biofotonentherapie	468
Biofysische geneeskunde	468
Bioresonantietherapie	469
Elektroacupunctuur volgens Voll (EAV)	469

Ionisatietherapie	470
Kinesiologie	471
Mora-therapie	472
Nosodentherapie	472
Rathera-therapie	473
Segment-elektrografie (SEF)	473
Thermoregulatiediagnostiek (TRD)	473
Vegatest	473
<b>3. Overige (bio-elektrische) methoden</b>	<b>474</b>
Actie Potentiaal Simulatie (APS)	474
Apparaat voor Meridiaan Identificatie (AMI)	474
Bio-oscillatietherapie/Lakhovsky-therapie	474
Centre Européen d'Informatique et d'Automation (C.E.I.A.)	475
Continue galvanisatie	475
Decoderdermografie (DDG)	475
Diadynamische stroom	475
Diathermie	476
Elektro-huidtest (HET)	476
Elektro-slaaptherapie	476
Elektrostimulatie	476
Endogene endocrinotherapie	476
Fiche Réticulo-Endothéliale Différentielle (FRED)	477
Galvanotherapie	477
Hydro-elektrische baden	478
Interferentietherapie	478
Iontoforese	478
Lakhovsky-methode	478
Leucocytolyse	478
Shock wave	479
Sono-therapie	479
Stress release	479
Ultrakortegolftherapie	479
Ultrasone therapie	480
<b>4. Onderzoek en resultaten</b>	<b>480</b>
Onderzoek naar thermoregulatiediagnostiek (medische thermografie)	481
Onderzoek naar elektromagnetische velden en gezondheid	482
Onderzoek naar magneettherapie	483
Onderzoek naar toepassingen op basis van elektrische stroom, voltage of potentiaalverschillen	484
Bicom-bioresonantie (bio-informatietherapie) en biofysische geneeskunde	485
Controverse	488

5. De rol van de patiënt	488
Belangrijke (web)adressen	489
Selectie van geraadpleegde literatuur	489
<b>HOOFDSTUK 14. SPIRITUELE EN TRADITIONELE GENEESWIJZEN</b>	495
1. Spirituele behandelwijzen	496
Aura-soma	497
Chakratherapie	497
Geheime geneeskunst van de zigeuners	498
Healing	498
Magnetiseren	499
Medische astrologie	499
Paranormale geneeskunst	500
Radiësthesie of pendeldiagnostiek	501
Reconnective healing	501
Spiritual healing	501
2. Magisch-religieuze systemen	502
Sjamanisme	502
Winti	506
Overeenkomsten en verschillen met de hedendaagse geneeskunde	509
3. Religieuze behandelwijzen	512
Bedevaarten	512
Christian Science	512
Gebedsgenezing	513
Islamitische geneeskunde	513
Rozenkruisersgeneeswijze	515
Soefigeneeskunde	516
Spiritistische geneeskunde	517
4. Persoonlijke transformatie	517
Bioritmiek	517
Compassionate touch	518
Creatieve therapie	519
Edukinesiologie	519
Helend tekenen	520
Holistische gezondheidstherapie	520
Kleurentherapie	520
Muziektherapie	521
MIR-methode	521
5. Rationele traditionele systemen	521
Japanse geneeskunde	522
Koreaanse handacupunctuur	524

Tibetaanse geneeskunde	524
Minder bekende oosterse behandelvormen	526
Shiatsu	528
<b>6. Onderzoek en resultaten</b>	<b>531</b>
Groep 1, 2 en 4: spirituele, religieuze en transformatie behandelvormen	531
Groep 3: creatieve therapie, helend tekenen, kleuren- en muziektherapie	534
Groep 5: rationele en traditionele systemen	535
<b>7. De rol van de patiënt</b>	<b>536</b>
Maatschappelijke aspecten	537
Belangrijke (web)adressen	537
Selectie van geraadpleegde literatuur	538
<b>HOOFDSTUK 15. VOEDINGSTHERAPIE EN -SUPPLEMENTEN</b>	<b>543</b>
<b>1. Uitgangspunten van (natuur)voeding</b>	<b>544</b>
Plantaardig en gevarieerd	545
Ongeraffineerd zonder toevoegingen	545
Biologisch en gezond	546
Voeding vrij van contaminanten	546
Veilige voedselbereiding	547
Suikers, glycemische lading en glycemische index	548
Gepersonaliseerde voeding	548
<b>2. Voedingstherapie: genezen met voeding</b>	<b>549</b>
Leefstijlgeneeskunde	550
Voedingstherapie in de natuurgeneeskunde	550
Diagnostiek in de natuurgeneeskundige voedingstherapie	552
Vasten	553
Het zuur-basedieet	554
Anti-tumortherapieën	555
Orthomoleculaire geneeskunde	558
De ‘raw food’-beweging	561
Diëten bij multiple sclerose	561
Het paleodieet	562
<b>3. Voedingssupplementen</b>	<b>563</b>
Risico op voedingstekorten	564
Verschillende visies	565
Categorieën van voedingssupplementen	565
Wetgeving	568
Gelijktijdig gebruik met geneesmiddelen	569
De kwaliteit van voedingssupplementen	570
<b>4. Onderzoek en resultaten</b>	<b>571</b>



Voedingstherapie	571
Voedingssupplementen	573
5. De rol van de patiënt	575
Belangrijke (web)adressen	577
Selectie van geraadpleegde literatuur	579
<b>HOOFDSTUK 16. INTEGRALE GENEESKUNDE EN INTEGRATIVE MEDICINE</b>	<b>585</b>
1. Integrale geneeskunde en integrative medicine	585
Een poging tot begripsverheldering	586
Hoe hanteren sommige instanties de begrippen?	588
Begripsdefiniëring in dit handboek	589
Toegepaste behandelvormen en hun werking	589
2. Herkomst en uitgangspunten van de integrale geneeskunde	591
Herkomst en maatschappelijke ontwikkelingen	591
Uitgangspunten van de integrale geneeskunde	593
3. Herkomst en uitgangspunten van integrative medicine	595
Herkomst	596
Uitgangspunten van integrative medicine	597
Integrative medicine en complementaire zorg	599
4. Werkwijze en resultaten	599
Ziekte vanuit integraal/integratief perspectief	600
Classificatiesystemen in complementaire en alternatieve behandelmethoden	600
Werkwijze in de integrale geneeskunde	602
Werkwijze in integrative medicine	603
Praktijk van integrative medicine in Amerika	603
5. Specialistische toepassingen	606
Integrale psychiatrie	606
Integrative medicine in de oncologie	608
Integrative medicine in de kindergeneeskunde	609
Integrale gynaecologie	610
Complementaire zorg	610
Ervaringen met integraal geneeskundige zorg	612
6. De rol van de patiënt	614
Integratie	615
Belangrijke (web)adressen	616
Selectie van geraadpleegde literatuur	617
<b>BIJLAGE. HET ANCAR-CLASSIFICATIESYSTEEM VOOR CAM-METHODEN EN TECHNIEKEN</b>	<b>623</b>
<b>INDEX</b>	<b>633</b>
<b>OVER DE AUTEURS</b>	<b>648</b>