Katholieke Universiteit Leuven
Faculteit geneeskunde
Leuven 2016

MASTER IN DE HUISARTSGENEESKUNDE

# Het gebruik van het placebo-effect in de Vlaamse Huisartsenpraktijk.

Door
Katrien Van Campenhout
Huisarts in opleiding

Promotor: Prof. Dr. Dirk Devroey

Academiejaar 2014 – 2016

**Dankwoord**

Graag wil ik via deze weg enkele mensen bedanken voor hun hulp bij het tot stand brengen van mijn masterproef.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor, Prof. Dr. Dirk Devroey, bedanken voor de goede samenwerking en de constructieve feedback. Ook dank aan mijn praktijkopleider Dr. Hans Wauters en aan Dr. Lorien Mertens voor de toegewijde, hartelijke begeleiding en de flexibiliteit de afgelopen twee jaar.

Ook mijn ouders en gezin verdienen een speciaal woordje van dank, omdat ze mij de mogelijkheid gaven om deze opleiding te volgen en me hierin altijd voor 100% gesteund hebben.

Ten slotte wil ik zeker mijn dank betuigen aan Marie, Sofie, Ilse en Pieter-Jan voor de mentale steun, het nalezen van dit manuscript en de technische bijstand.

## Inhoudsopgave

Dankwoord ....1
Inhoudsopgave ....2
Lijst van tabellen ....4
Lijst van figuren ....5
Abstract ....6

**Inleiding .... 7**

1. Wat is het placebo-effect? ....7
2. Neurobiologische mechanismen van het placebo-effect ....7
3. Genetica van het placebo-effect ....9
4. Voor en tegen door ethische hangijzers of eerder begripsverwarring? ....12
5. Placebo chirurgie ....14
6. Onderzoek rond het gebruik van placebo bij huisartsen/GP's wereldwijd ....17

**Methode .... 18**

1. Literatuur ....18
2. Enquête ....18
3. Procedure verspreiden enquête ....19
4. Deelnemers ....19
5. Data-analyse ....19

**Resultaten .... 20**

1. Karakteristieken van de deelnemende artsen ....20
2. Frequentie gebruik ....20
3. Types behandeling gebruikt als placebo ....21
4. Omstandigheden van placebo-gebruik ....22
5. Informatie die gegeven wordt aan de patiënten aan wie placebo wordt voorgeschreven ....23
6. Ethische standpunten ....24
7. Gepercipieerde therapeutische waarde van placebo ....24
8. Process-of-Treatment effect (context effect) ....25
9. Het profiel van de arts die placebo voorschrijft ....25

    9.1. Geslacht ....25

9.2. Leeftijd ..... 26
9.3. Placebogebruik ..... 27
9.4. Patiëntencontacten ..... 28

**Discussie ..... 29**
1. Relevantie ..... 29
2. Hoe sterk is het effect? ..... 29
   2.1. Patiënt-afhankelijk ..... 29
   2.2. Ziekte-afhankelijk ..... 29
   2.3. Het biopsychosociaal model ..... 30
3. Profiel van de arts die gebruikmaakt van placebo ..... 30
   3.1. Geslacht ..... 30
   3.2. Leeftijd ..... 31
   3.3. Placebogebruik ..... 31
   3.4. Patiëntencontacten ..... 32
4. Beperkingen ..... 32

**Conclusie ..... 33**

**Referenties ..... 34**

**Bijlagen ..... 38**
Bijlage 1. Aanvraag ethisch comité ..... 38
Bijlage 2. Advies ethisch comité ..... 53
Bijlage 3. Open antwoorden ..... 55

**Lijst van tabellen**

**Tabel 1.** Polymorfismen in genen kandidaat om deel uit te maken van het placebo genoom .....10

**Tabel 2.** De voornaamste placebo mechanismen ontrafeld van verschillende medische condities en systemen.....11

**Tabel 3.** De gepercipieerde therapeutische waarde van placebo per pathologie.....25

**Lijst van figuren**


**Figuur 1.** Wat gebeurt er in de hersenen na toediening van een placebo? .....9

**Figuur 2.** Psychosociale context genereert een placebo-antwoord.....10

**Figuur 3.** Placebo-effect geanalyseerd .....13

**Figuur 4.** Forest plot 1 van verschillende studies die het effect van een heelkundige therapie tegenover placebo uitzetten .....15

**Figuur 5.** Forest plot 2 van verschillende studies die het effect van een heelkundige therapie tegenover placebo uitzetten .....16

**Figuur 6.** Aantal patiëntencontacten per week .....20

**Figuur 7.** Frequentie gebruik placebo-effect .....21

**Figuur 8.** Inschatting frequentie gebruik placebo-effect door collega-artsen.....21

**Figuur 9.** Types behandeling gebruikt als placebo .....22

**Figuur 10.** Omstandigheden placebo-gebruik .....23

**Figuur 11.** Informatie die gegeven wordt aan patiënten aan wie placebo wordt voorgeschreven..24

**Figuur 12.** Het gebruik van vitamines als placebo uitgezet tegenover het aantal patiëntencontacten per week.....28

# Het gebruik van het placebo-effect in de Vlaamse huisartsenpraktijk

## ABSTRACT

Achtergrond: Weinig is geweten over het gebruik van placebo en het placebo-effect in de Vlaamse huisartsenpraktijk.

Methode: Een vragenlijst van 18 vragen met betrekking tot gebruik en overtuigingen, gegeven informatie, maar ook ethische bedenkingen bij placebo werd verspreid onder huisartsen in heel Vlaanderen. In een verkennende statistische analyse worden associaties gezocht tussen enerzijds de demografische eigenschappen van de artsen en anderzijds het gebruik van placebo.

Resultaten: 63% van de respondenten gebruikte ooit al bewust placebo. Er worden voornamelijk vitamines en kruidensupplementen als placebo voorgeschreven in Vlaanderen. In 18% van de gevallen gaat het om zuivere placebopillen. Mannen schrijven meer placebo's dan vrouwen. 10% geeft aan al antibiotica als placebo voor niet-bacteriële diagnoses te hebben gegeven. De meerderheid van de huisartsen die placebo's geven, zeggen dat het een middel is dat zal helpen en niet schadelijk is. Minder dan 2% zegt eerlijk en expliciet dat het om placebo gaat. Een onterechte vraag naar medicatie en aspecifieke klachten komen als belangrijkste reden naar voor om placebo voor te schrijven. 65% van de respondenten zou placebo verkiezen boven geen behandeling maar 5% vindt dan weer dat placebopillen categoriek verboden zouden moeten zijn. Op 3% na zijn alle deelnemende artsen overtuigd van een contexteffect en voornamelijk (93%) grondig luisteren naar het verhaal van de patiënt wordt verondersteld het placebo-effect onafhankelijk te stimuleren.

Conclusie: Placebo is een wijdverspreid gebruik in de Vlaamse huisartsenpraktijk, al is er slechts een kleine minderheid die dit op regelmatige basis voorschrijft. Er worden vooral onzuivere placebo's voorgeschreven. Men gelooft in de werking van placebo en vooral ethische belemmeringen lijken de bevraagde artsen tegen te houden om zuivere placebo's te gebruiken.

# INLEIDING

Het placebo-effect an sich, maar zeker ook het klinische gebruik ervan, blijft een discutabel maar interessant onderwerp. Weinig is geweten over het gebruik van het placebo-effect door huisartsen in Vlaanderen, met name welke producten hiervoor gebruikt worden, wat de overtuigingen zijn en of er grote verschillen zijn tussen huisartsen onderling. Daarnaast blijft de vraag of het ethisch te verantwoorden is placebo's voor te schrijven.

## 1. Wat is het placebo(-effect)?

Het placebo-effect wordt in eerste instantie gedefinieerd als 'het klinische effect veroorzaakt door toediening van een placebo'.[1,2,3] Dan is er het onderscheid tussen pure, zuivere placebo's, zijnde inerte therapie zoals suikerpillen of fysiologische oplossing en anderzijds onzuivere placebo's, namelijk medische behandelingen die farmacologische of fysische activiteit vertonen, doch niet tegen de te behandelen aandoening. Voorbeelden hiervan zijn antibiotica bij virale infecties of vitamines bij patiënten die geen tekorten hebben.[3,4,5,6,7] Volgens een andere definitie is placebo-effect 'het geheel van therapeutische effecten van de verwachtingen en overtuigingen van de patiënt'.[2,8]
Een recente beschrijvende review bekeek het verder dan het gebruik van medicatie waarvan geen/onvoldoende bewijs in de literatuur te vinden is. Ze beschrijft het benutten van het potentieel van het placebo-effect door via communicatie de verwachtingen van de patiënt de beïnvloeden.[8,9,10] Ook andere studies geven duidelijk aan dat voor placebo-effect geen toediening van een medicijn noodzakelijk is. [1,8,9, 11]
Volgens een nog andere invalshoek is het placebo-effect 'het psychologisch en of fysiologisch antwoord op de toediening van actieve en niet-actieve substanties wanneer gekoppeld aan de bevestiging van de behandelingseffecten'.[9] In deze betekenis gaat het dus over het gebruik van placebomedicatie in studies om aan te tonen hoe krachtig een medicijn werkt. De interventies die niet beter blijken te helpen dan placebo, worden als waardeloos beschouwd en als geen meerwaarde ten opzichte van 'geen behandeling'. Maar klopt dit wel? Een indrukwekkende reeks Duitse studies doet deze stelling wankelen, er kan volgens hen wel degelijk een meerwaarde geboden worden door behandelingen die niet meer effectief zijn dan een placebo. [12,13,14,15,16] Of met andere woorden, placebo is niet waardeloos.[6,10,17]

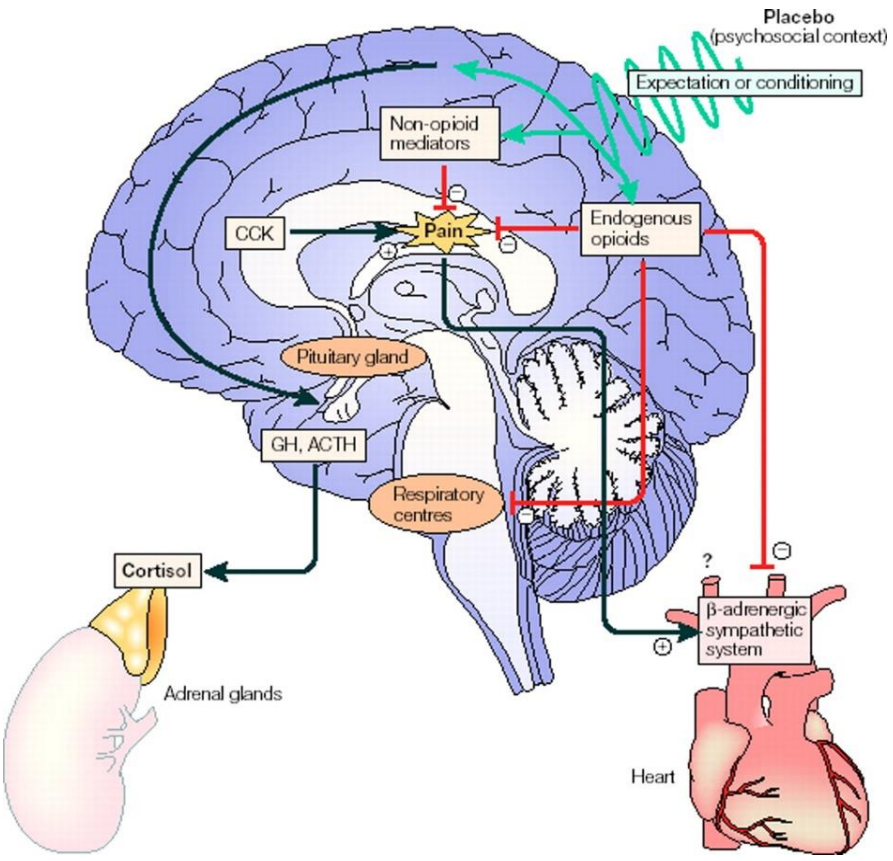
## 2. Neurobiologische mechanismen van het placebo-effect

Uitgebreid onderzoek kon het belang van volgende hersenmechanismen ontrafelen: verwachting, angst, beloning, leerfenomenen zoals Pavloviaanse conditionering, cognitief en sociaal leren. [8,10,18,19,20] De

neurobiologie van het placebo-effect is het best gekend bij de ziekte van Parkinson en pijn. De betrokken circuits zijn dopaminerg, opioïd en cholecystokinerg.[1,8,10,17,19,21,22,23] Deze circuits zijn dezelfde als die door medicatie geactiveerd.[8,10,17,18] Functioneel MRI en PET onderzoek heeft aan het licht gebracht dat verdoving/pijnstilling gerelateerd is aan verminderde neuronale activiteit in de rostrale anterieure cingulaire cortex (rACC), insula, thalamus en thv de hersenstam het periaqueductaal grijs (PAG) en de ventromediale medulla. Het endogene opioïd systeem werkt via activatie van mu-receptoren. Geobserveerd placebo-effect via gelabelde mu-opioïd-selectieve-receptor-radiotracer PET studies toonde eveneens verminderde activiteit in pijngevoelige hersenregio's zoals rACC, prefrontale cortex, insula, thalamus, amygdala, nucleus acumbens en PAG. Bovendien ontdekte men dat de opiaat antagonist naloxone, de pijnstillende effecten van placebo teniet doet.[7,18] Andere PET studies met dopamine D2/D3-receptor radiotracer toonden de betrokkenheid van de basale ganglia inclusief NAC aan in placebo pijnstilling. Deze data bevestigen dat specifieke neuronale circuits en neurotransmittersystemen antwoorden op de verwachting van verbetering gedurende placebo-toediening en er meetbare fysiologische veranderingen ontstaan.[19,21,22,23] Wat de effectieve kracht/motorische activiteit betreft bij de ziekte van Parkinson, concludeert een studie[24] dat deze niet op dezelfde manier verbetert als bij Levodopa, hoewel de subjectieve score (VAS) door patiënten wél significant (en vergelijkbaar met Levodopa) verbetert door placebo-toediening.
Het placebo-effect is een psychosociaal context effect, dit wil zeggen dat sociale stimuli zoals gedragingen en woordgebruik, bij elke therapeutische handeling aanwezig, veranderingen in bovenstaande circuits kunnen teweegbrengen en dus het therapeutische resultaat kunnen beïnvloeden.[8,10,17,18,19]

Men bestudeerde ook de betrokkenheid van de prefrontale cortex. Zo werd gezien dat als de prefrontale cortex minder goed functioneert zoals bij dementie, het placebo-effect vermindert of verdwijnt![8,21] Omgekeerd wordt gedurende anticipatie van pijn een verhoogde activiteit gezien in deze prefrontale cortex.[21]

Samengevat is de huidige neurowetenschappelijke gedachte rond placebo-effect dat subjectieve ingevingen, zoals verwachtingen en waarden, een herkenbare fysiologische basis hebben, en deze op een krachtige manier onze elementaire perceptie moduleren en de interne homeostatische processen beïnvloeden.[10,25]




**Figuur 1.Wat gebeurt er in de hersenen na toediening van een placebo?**

Placebo toediening (psychosociale context) kan pijn verminderen via opioïde en niet-opioïde mechanismen door verwachting en conditionering. Het ademhalingscentrum kan onderdrukt worden door endogene opioïden. Ook de onderdrukking van het β-adrenerg sympathisch systeem van het hart wordt vastgesteld gedurende placebo analgesie (het mechanisme is hier nog niet volledig opgehelderd). CCK werkt de effecten van endogene opioïden tegen en vermindert zo placebo-respons. Placebo's kunnen ook op de 5-HT-afhankelijke hormoonsecretie inwerken, zowel op de hypofyse als op de bijnieren, en imiteren zo het pijnstillend effect van sumatriptan.[10,27]

3. Genetica van het placebo-effect

Ondanks de jonge leeftijd van het onderzoek naar de genetische basis van placeborespons, is er experimenteel bewijs voor verschillende genetische varianten van placebo responsiviteit. Wat zeker vast staat is het bestaan van responders en niet-responders.[9,10,14,19,20,26,27] De vraag stelt zich of hier praktische opportuniteiten zijn ter verbetering van de therapeutische zorg.

COMT (catechol-O-methyl transferase) is een enzym dat een rol speelt bij de afbraak van catecholamines, waaronder dopamine. Er is bewijs dat mensen homozygoot voor COMT rs4680 (met/met) (lage activiteit allel) meer kans hebben te reageren op morfine dan de homozygoten voor val/val allel. Vroeger werd gedacht dat dit louter metabole variaties waren, maar dit werd getest in cohort studies van patiënten zonder placebo controles. Voor het opioïde circuit is het OPRM1 gen van belang, dit bepaalt de werking van de mu receptor. Verschillende genetische studies toonden een associatie van OPRM1-variatie met beloning-gebaseerde verslavende effecten van psychostimulantia en opioïde medicatie (morfine). In een experimentele studie werd een associatie van een type mu receptor met placebo-geïnduceerde analgesie aangetoond. Of dit te veralgemenen is voor niet pijn-gerelateerde placeborespons, is onduidelijk.

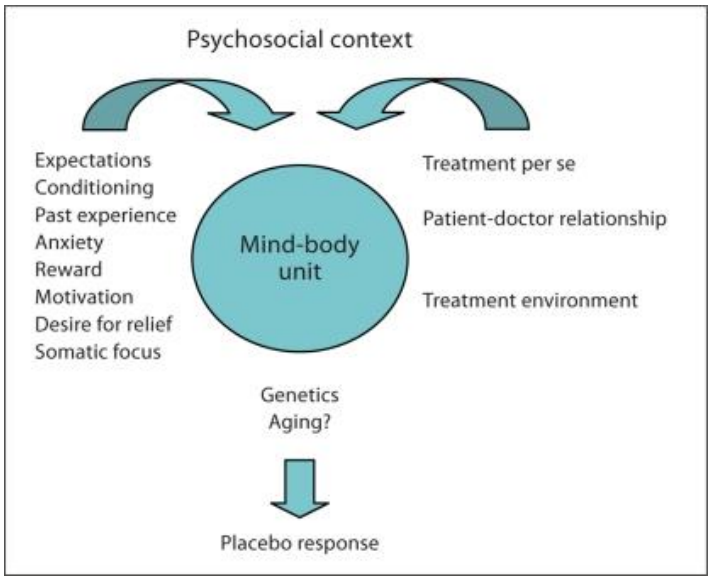
De vraag rijst of een COMT profiel ons zou kunnen helpen bij dosering van medicatie als morfine. Gepersonaliseerde medicatie dosering aan de hand van genetische placebo profielen zou evengoed in andere condities dan pijn interessant kunnen zijn. Ethisch is het dan nog maar de vraag wat we hiermee kunnen en mogen doen en in welke mate deze informatie met de patiënt dient te worden gedeeld. Als de placebo respons inderdaad varieert afhankelijk van het genotype, kan dit ons voor uitdagingen stellen in placebogecontroleerde studies. Het deelnemen van responders en niet-responders maakt het aantonen van geneesmiddelactiviteit minder evident.

Een andere vraag die we ons moeten stellen is of het weten dat je genetisch een placebo responder bent, je placebo respons kan/zal veranderen. Daarnaast weten we niet wat het effect is van de omgeving en cultuur op het placebo-genoom. En welke proportie van de variabiliteit in placeborespons te wijten is aan genetische varianten.

Van het endocannabinoid en serotoninerg ciruit is minder bewijs, maar ook deze circuits zouden betrokken kunnen zijn.[20,27] Complex blijft het zeker en verder onderzoek is aangewezen om uitspraken te kunnen doen en de gestelde vragen te kunnen beantwoorden.

**Tabel 1. Polymorfismen in genen kandidaat om deel te zijn van het placebogenoom.**[27]

| Placebo pathway | Gene name | Gene symbol | Chromosomal location | Placebo SNPs | Refs |
|---|---|---|---|---|---|
| Dopamine | Catechol-O-methyltransferase | *COMT* | 22q11.2 | rs4680 | [38] |
| | Monoamine oxidase | *MAO-A* | Xp11.3 | rs6323, rs6609257 | [43,55] |
| | Dopamine B hydroxylase | *DBH* | 9q34 | rs2873804 | [43] |
| | Dopamine receptor 3 | *DRD3* | 3q13.31 | rs6280 | [59] |
| | Brain-derived neurotropic factor | *BDNF* | 11p14.1 | rs6265 | [66] |
| Serotonin | Tryptophan hydroxylase-2 | *TPH2* | 12q21.1 | rs4570625 | [75] |
| | 5-Hydroxytryptamine transporter | *SLC6A4* | 17q11.2 | rs4251417 | [43] |
| | 5-Hydroxytryptamine receptor 2A | *HTR2A* | 13q14.2 | rs2296972, rs622337 | [43] |
| | Serotonin transporter gene-linked polymorphic region | *5-HTTLPR* | 17q11.2 | Variable tandem nucleotide repeat | [75] |
| Opioid | Opioid receptor | *OPRM1* | 6q25.2 | rs510769 | [69] |
| Endocannabinoid | Fatty acid amide hydrolase | *FAAH* | 1p33 | rs324420 | [73] |




**Figuur 2. Psychosociale context genereert een placebo antwoord**.

Links: Individuele patiënt- en klinische factoren bevorderen het tot stand komen van een placebo-effect. Rechts: De behandeling zelf, de arts-patiënt relatie en de omgeving (d.i. de therapeutische procedure, wijze van medicatietoediening, technische apparatuur) beïnvloeden de mind-body connectie. Variabiliteit in verwachting en genetica kunnen evenwel de uitkomst moduleren. Individuele, contextuele en genetische factoren interageren met elkaar en vormen een algehele, klinische placebo respons.[19]

**Tabel 2: De voornaamste placebo mechanismen ontrafeld voor verschillende medische condities en systemen.**

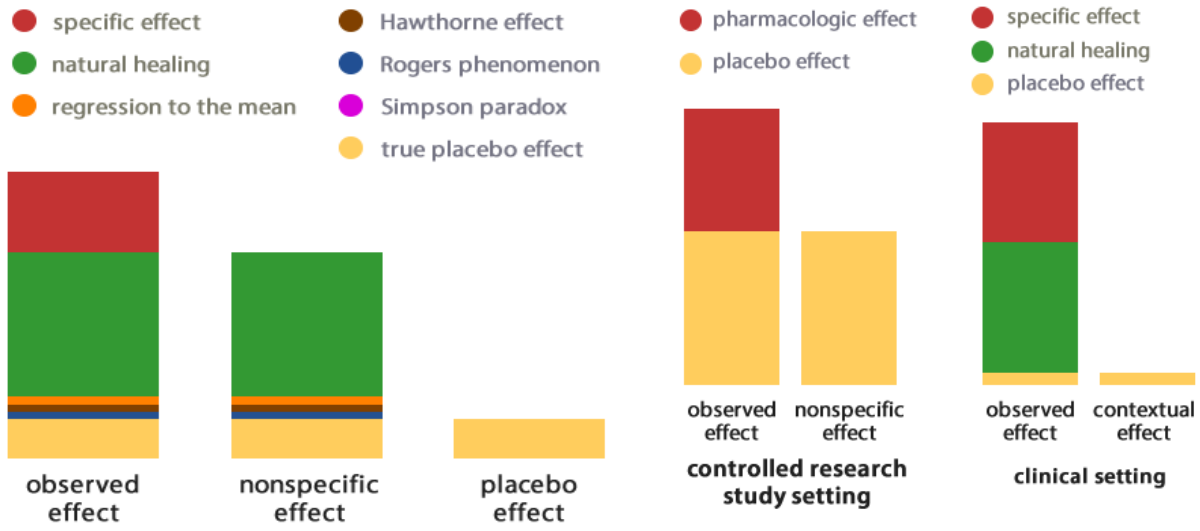
| Ziekte | Mechanisme | Referenties |
|---|---|---|
| Pijn | Activatie van endogene opioïden en dopamine bij placebo. Activatie van CCK en deactivatie van dopamine bij nocebo. | Levine et al 1978, Benedetti 1996, Amanzio and Benedetti 1999, Benedetti et al 1997, 2006, Scott et al 2008 |
| Ziekte van Parkinson | Activatie van dopamine in het striatum en verandering in neuronenactiviteit in de basale ganglia en thalamus | De la Fuente-Fernandez et al 2001, Benedetti et al 2004, 2009 |
| Depressie | Verandering in elektrische en metabole activiteit in verschillende hersenregio's, waaronder het ventrale striatum | Leuchter et al 2002, Mayberg et al 2002 |
| Angst | Verandering in activiteit van de anterieure cingulaire en orbitofrontale cortex. Genetische varianten in serotonine transporter en tryptofaan hydroxylase 2 | Petrovic et al 2005<br>Furmark et al 2008 |
| Verslaving | Verandering in metabole activiteit in verschillende hersenregio's | Volkow et al 2003 |
| Autonome reacties op diepe hersenstimulatie | Verandering in neuronale excitabiliteit in de limbische regio's | Lanotte et al 2005 |
| Cardiovasculair | Verminderen van beta-adrenerge activiteit van het hart | Pollo et al 2003 |
| Respiratoir | Conditionering van de opioid receptoren in de ademhalingscentra | Benedetti et al 1999 |
| Immuunsysteem | Conditionering van IL 2, IFN γ, lymfocyten | Ader et al 1975, Goebel et al 2002 |
| Endocrien systeem | Conditionering van groeihormoon en cortisol | Benedetti et al 2003 |
| Fysische prestaties | Activatie van endogene opioïden en toename spierkracht | Benedetti et al 2007, Pollo et al 2008 |
| Ziekte van Alzheimer | Prefrontale executieve controle en functionele connectiviteit in prefrontale gebieden | Benedetti et al 2006 |

4. Voor en tegen door ethische hangijzers of eerder begripsverwarring?

Dit onderwerp is al lang gekend, maar nog niet zo lang geleden degelijk onderzocht. Dit heeft voornamelijk te maken met de beperkte interesse van de farmaceutische industrie, vanwaar nu eenmaal de meeste budgetten komen.[28] Er is ook een duidelijk negatieve bijklank van placebo, zowel bij artsen als in de publieke opinie.[1,28,29] Dit heeft voornamelijk te maken met ethische argumenten. In vlagen ontstonden er discussies rond dit onderwerp.[1,3,11,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44] Zo suggereert recent onderzoek[30] dat placebo zelfs kan werken als mensen weten dat het placebo betreft. Een Amerikaanse studie komt tot de conclusie dat versterking van een positieve verwachting (via conditionering) een placebo-effect kan creëren. Ondanks zijn kleinschaligheid, selectiebeperkingen en experimentele context is het opnieuw materiaal dat de werking van het effect in vraag stelt. Critici staan sceptisch tegenover de studie[30] enerzijds en 'het placebo-effect' anderzijds, omdat het volgens hen[1,10,28,45,46,47] meer dan één effect betreft. Maar is het geen placebo-effect meer als het effect uit meerdere onderdelen bestaat?

Dit is het eerste punt van discussie. Een review van studies die het placebo-effect op neurologische basis onderzoeken, leert ons dat er inderdaad verschillende neurologische pathways betrokken zijn en er dus niet één placebo-effect is.[8,10,46] Daarnaast is een geobserveerd effect meer dan een therapeutisch effect, maar ook meer dan de som van een therapeutisch en een zuiver placebo-effect. Belangrijk hierbij zijn een aantal variabelen, effecten, fenomenen, die van belang zijn om dit geobserveerde effect tot stand te brengen. Placebo-effect in ruime zin, namelijk ditgene wat het placebo-effect genoemd wordt in klinische studies, is niet hetzelfde als het placebo-effect in de kliniek. In studies wordt alles van het geobserveerde effect dat niet therapeutisch is, onder de noemer placebo geplaatst. Dit ruime placebo-effect bevat conditionering, suggestie, multipele bias door de verslaggever en observator, maar ook door deelnemers uit beleefdheid (Hawthorne effect), confounding variabelen (Simpson paradox), spontane genezing en fluctueren van klachten, Rogers fenomeen (verbeterde diagnostiek kan misleidende verbetering zijn in de prognose, met identieke uitkomst voor de patiënt) en statistische regressie.[1,6,8,11,,28,29,32] ( zie figuur 3). Dan wordt het een kwestie van perceptie of een placebo-effect, bestaande uit multipele onderdelen, en met activatie van multipele pathways, al dan niet de term 'placebo' hoort te krijgen. Voor tegenstanders is de term placebo-effect verouderd en promoveert deze term het onterecht tot iets magisch.[1,28,29] Auteurs die het klinische gebruik ervan aanmoedigen vinden het bestaan van verschillende onderdelen geen reden om af te stappen van het placebo-effect.[10,17,47]

**Figuur 3. Placebo-effect geanalyseerd[1,29]:**
Links**:** de verschillende onderdelen van een geobserveerd effect na inname van medicatie.
Rechts: het verschil tussen een placebo-effect in studie-opzet en in de kliniek.




Een tweede discussiepunt is het bestaan of ontbreken van objectieve bewijzen. Placebo's werken enkel voor subjectieve tekenen, zeggen tegenstanders. Het positieve effect van placebo is volgens hen van korte duur en weegt niet op tegen het bedrog/de misleiding die ervoor nodig is en dit omdat er heden geen effecten van placebo bewezen zijn die niet vervangen kunnen worden door echte medicatie waarbij de patiënt ten gronde geïnformeerd is.[1,28,32,34,45] Daarbij is correlatie niet per se causaliteit en is het zeer moeilijk een causale relatie aan te tonen voor placebo-medicatie.[6,28] Anderzijds zijn er wel degelijk objectieve bewijzen van verbetering van klinische symptomen door het placebo-effect.[1,8,10,17,,21,22,23]

Heel concreet toont een studie zelfs een daling van de glycemie op placebo.[48] Voorstanders zijn dan ook van mening dat dit effect niet te ontkennen valt en artsen het zouden moeten kunnen gebruiken voor het welzijn van de patiënt.[11,9,10,26,21,22,46]

Op het verbieden van klinisch gebruik van onvolledig geïnformeerd placebo-effect door de AMA (American Medical Association) in 2006 kwam dan ook snel reactie.[31,49] : Foddy B stelt: placebo is veilig, vaak effectief, soms noodzakelijk. Hoewel de logica en moraal gebiedt bedrog te mijden in de artsenpraktijk, op grond van inbreuk op autonomie en vertrouwen, is dit niet van toepassing voor placebo's, wanneer ze voorgeschreven worden binnen gepaste ethische grenzen. Patiënten moeten hiervoor kunnen opteren.[31]

Dit brengt ons bij het derde discussiepunt: Het grootste probleem voor tegenstanders is de misleiding en het schaden van de autonomie van de patiënt bij gebruik van het placebo-effect.[36,41] Het belang van de vertrouwensband, de arts-patiëntrelatie, een sfeer van openheid en eerlijkheid, maakt dat voor tegenstanders placebo's geen plaats hebben in de medische behandeling.[3,34,35,41,39,40] Als je naar een goochelaar gaat kijken, weet je als publiek bij de neus genomen te worden, bij je arts niet. Voorstanders

geven dan weer aan dat het wel mogelijk is gebruik te maken van een placebo-effect zonder bedrog. Dit is volgens hen een kwestie van goede communicatie.[9,11,31] Vier argumenten vóór: 1. Bij klassieke therapieën weet de patiënt vaak ook niet exact wat de behandeling inhoudt . 2. Wanneer je uitlegt hoe placebo werkt, dan werkt het niet meer, en ontneem je de kans van de mogelijke werking en schaad je dus ook de autonomie van de patiënt. 3. Het verlies van de kans om een behandeling te weigeren, is een te verwaarlozen argument aangezien het alternatief is niet behandeld te worden.[42] 4. De intentie en de gevolgen van een handeling bepalen mede de ethische waarde ervan. Kunnen we dan stellen dat het verzwijgen of misleiden de (be)handeling ethisch fout maakt, ook als het kan helpen bij het stellen van een diagnose en zo de mogelijkheid biedt de patiënt beter te behandelen?[3] Eigenlijk komt het hier vooral neer op een ander begrip van, en waarde gehecht aan, de term 'autonomie'. Er is binnen de groep voorstanders van het gebruik van het placebo-effect uiteraard nog een verschil in hoeverre ze voorstander zijn en aan welke voorwaarden moet voldaan zijn: wat voor de ene het maximaal benutten van de pluspunten van het placebo-effect voor de patiënt is[31], wordt door anderen als paternalistisch beschouwd.[33,39]

Tot slot is er het placebo-effect zonder toediening van medicatie. In een recente review afgelopen jaar kwamen Bystad et al tot de conclusie dat het placebo-effect, voornamelijk via communicatie, ethisch kan gebruikt worden als aanvullende therapie. Het gaat dan om het benutten van de zelfhelende kracht van de mens. Een belangrijk principe hierbij is dat de patiënt informatie krijgt over de effectiviteit van de behandeling, en dit op een realistisch optimistische manier.[9]

Waar iedereen het over eens blijkt te zijn is dat er een open communicatie moet zijn naar de patiënt toe en er voorzichtig moet worden omgesprongen met de vertrouwensrelatie.

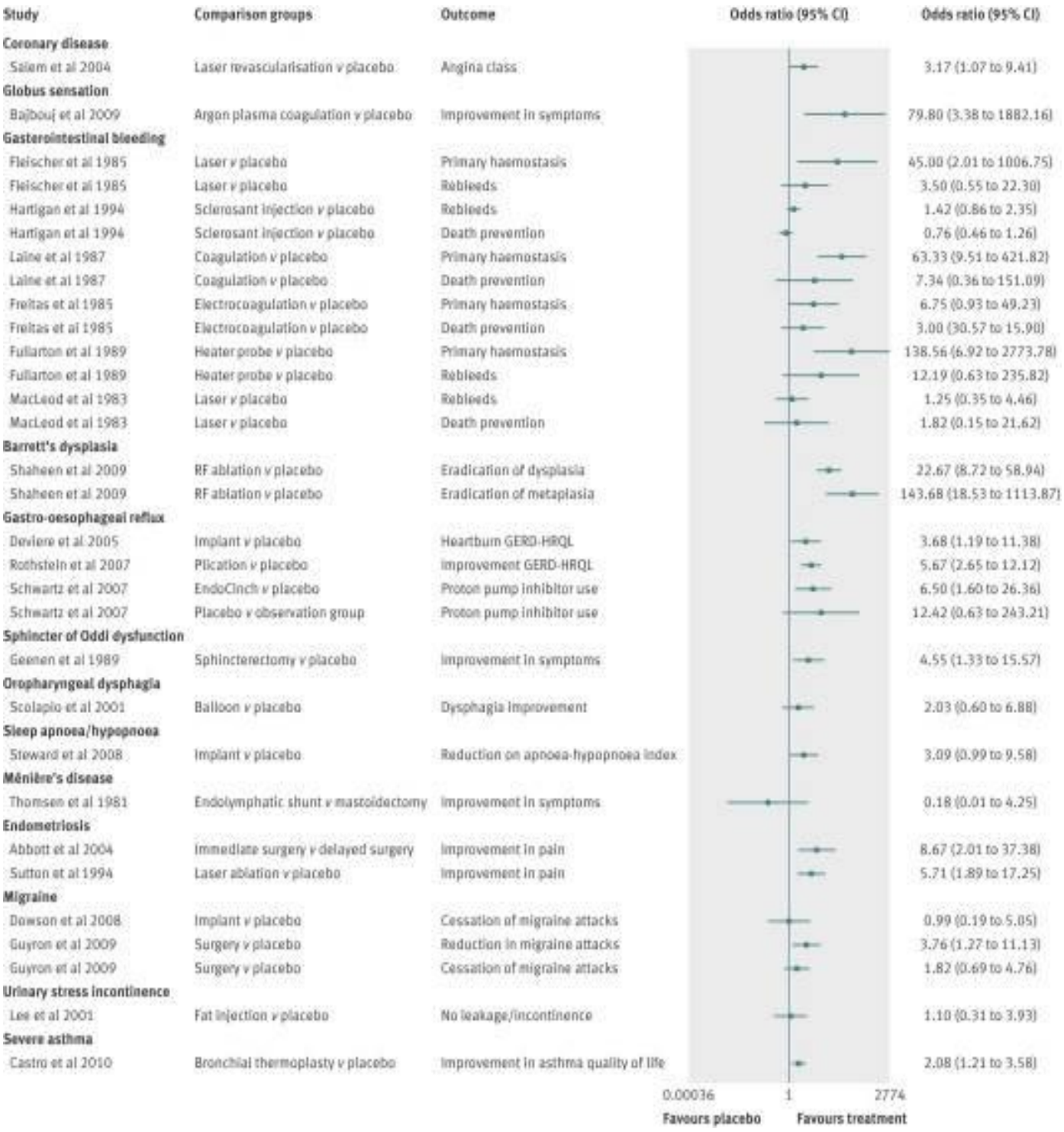
Ik denk dat voor- en tegenstanders het vaak over iets anders hebben wanneer ze over placebo praten en er in se geen probleem wordt gezien in het gebruik maken van contexteffect(en) om patiënten beter te behandelen.

## 5. Placebo chirurgie

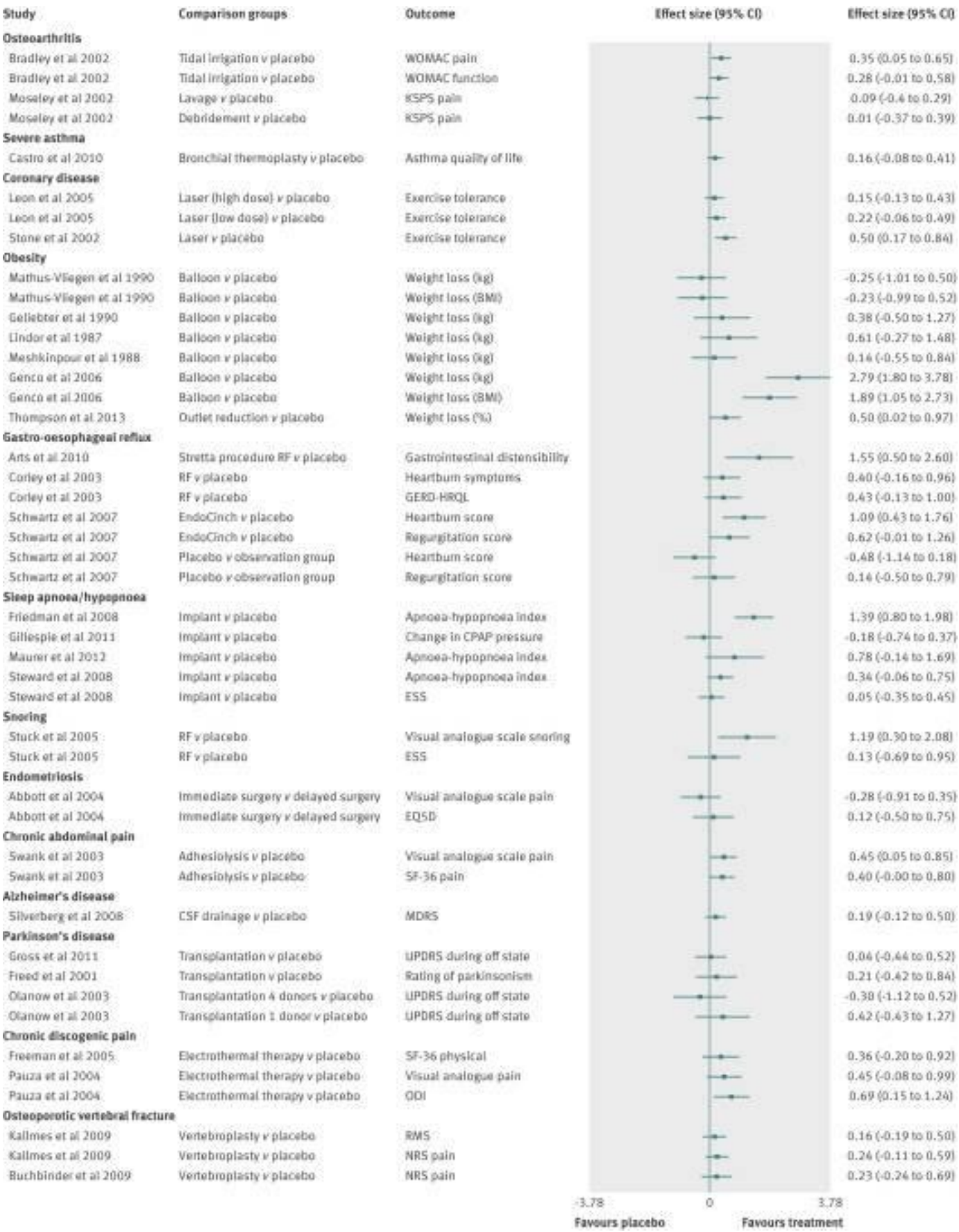
Hamvraag van een review[47] rond placebo controles bij chirurgie was of het nuttig is placebo gecontroleerde studies te doen om de effectiviteit van chirurgische procedures aan te tonen. De conclusie is dat er in de helft van de gevallen geen bewijs van effectiviteit is van de bestudeerde chirurgische ingrepen en dat dit soort onderzoeken/reviews nuttig is om nutteloze chirurgie te vermijden. De nevenwerkingen van placebo gecontroleerde studies bij chirurgie zijn beperkt en de resultaten zijn onthutsend: In 74% van de studies was er verbetering bij de placebogroep en bij de helft van de studies was er geen verschil tussen de chirurgische interventie en de placebo ingreep.[47] Hoe dan ook, dit stelt ons opnieuw voor ethische vraagstukken.[50,51,52] Het gaat echter verder dan alleen nutteloze ingrepen vermijden, het gaat in de eerste plaats om nutteloze bijwerkingen en zelfs mortaliteit te vermijden. De

kans op bijwerkingen was zeker hoger bij de echte chirurgie dan de placebo chirurgie en ook de ernst van de bijwerkingen was lager in de laatste groep.[47]

**Figuur 4: Forest plot 1 van verschillende studies die het effect van een heelkundige therapie tegenover placebo uitzetten.[47]**



**Figuur 5: Forest plot 2 van verschillende studies die het effect van een heelkundige therapie tegenover placebo uitzetten.[47]**



6. Onderzoek rond het gebruik van placebo bij huisartsen/GP's wereldwijd

De conclusie van studies in andere landen lijkt te zijn dat er zeker gebruik wordt gemaakt van placebo, maar dat het omstreden is en blijft. De ondervraagde huisartsen ervaren dit als een dilemma. Ze voelen dit aan als een conflict met betrouwbaarheid en professionaliteit. Om dit te omzeilen kiezen meer huisartsen (bewust of onbewust) voor onzuivere placebomedicatie dan zuivere placebopillen.[2,4,5,53] Anderzijds besluit een Zwitserse studie dan weer dat GP's de openheid van hun patiënten rond het gebruik van placebo-effect onderschatten. Patiënten wensen wel duidelijk geïnformeerd te worden en zeggen minder teleurgesteld te zullen zijn bij onbesproken gebruik van onzuivere placebo's (44%) dan zuivere placebo's (54%).[54] Hieromtrent maken artsen dus wel een juiste inschatting. Tot slot suggereert deze studie dat specifieke professionele normen hier een oplossing kunnen bieden.[54] Ethisch gezien zijn de meningen verdeeld; In Duitsland zijn er de minste bezwaren: maar liefst 88% van de huisartsen gebruikte ooit placebo's en bijna allemaal (82% bij onzuivere en 94% bij zuivere placebo's) vonden ze dit ethisch verantwoord indien ze gebruikt worden voor hun psychisch effect. De frequentie van placebo-gebruik ligt hier ook hoog: gemiddeld 20 keer per jaar wat onzuivere placebo-medicatie betreft en maar liefst gemiddeld 5 keer per jaar wat zuivere placebopillen betreft.[4,55] De meerderheid van de Engelse huisartsen vinden wel dat placebo kan gebruikt worden in bepaalde omstandigheden. Op wekelijkse basis schrijft 1% zuivere placebo's en maar liefst 77% onzuivere placebomedicamenten voor.[56,57] Een studie betreffende de Poolse eerste lijnszorg toonde aan dat het gebruik van placebo een wijdverspreid gebruik is. Niet minder dan 12% van de Poolse huisartsen vertelt dagelijks placebomedicatie voor te schrijven, 30% wekelijks en 26% maandelijks. Meest frequent gaat het om vitamines of homeopathie.[58] Amerikaanse huisartsen hebben weinig bezwaar; 85% gelooft dat placebo zowel psychologisch als fysisch potentieel heeft en 61% zou eerder placebo aanbevelen dan geen behandeling. Opvallend vaak (40%) worden antibiotica als placebo-medicatie gebruikt. 11% gebruikt zuivere, inerte placebo's.[2]

Een systematische review die 22 studies uit 12 verschillende landen includeerde, kwam eveneens tot de conclusie dat de begripsverwarring storend is in onderzoeken. Zuivere placebo's zijn duidelijk gedefinieerd maar dit geldt niet voor onzuivere placebo-medicatie.[53] De zuivere placebo's worden door de meerderheid van de artsen en zeker verpleegkundigen ooit wel eens gebruikt, maar het eigenlijk dagdagelijkse gebruik is beperkt.[53]

Alle studies concluderen dat verder onderzoek gewenst is.

# METHODE

## 1. Literatuur

Een beschrijvend onderzoek van de recente literatuur rond het placebo-effect werd uitgevoerd. Hiervoor maakte ik gebruik van de Pubmed databank. Gezien mijn onderzoek zich toespitst op het gebruik van placebo in de huisartsenpraktijk werden internistische artikels niet verder onderzocht. Om een zo hedendaags mogelijk onderzoek te voeren, opteerde ik om artikels van de laatste 10 jaar te gebruiken. Uitzondering hierop zijn drie studies[23,59,60] die, omwille van de relevantie voor het onderwerp en de impact ervan, met name het aantal verwijzingen in de gebruikte artikels en ter volledigheid van analoog reeds gevoerd wetenschappelijk onderzoek bij huisartsen in het buitenland. Hiermee kon ik een algemeen beeld krijgen van het onderzoek naar het placebo-effect. Gezien het beschrijvend karakter van onze studie werden niet alle artikels even uitgebreid bestudeerd maar werd de focus gelegd op deze artikels die verband hielden met het geplande onderzoek, in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Zoektermen waren “placebo effect” in combinatie met “clinical implications”, “clinical practice”, “biopsychosocial model”, “doctor patient communication”.
Daarnaast raadpleegde ik de database van science based medicine (sciencebasedmedicine.org).

## 2. Enquête

De vragenlijst werd aangevat met een definiëring van twee zeer belangrijke begrippen, met name placebo en placebo-effect. “Placebo is een substantie zonder specifieke farmacologische activiteit tegen de te behandelen conditie” en “Placebo-effect is het geheel van therapeutische effecten van de verwachtingen en overtuigingen van de patiënt”. Deze definities zijn gebaseerd op deze geformuleerd door de American Medical Association. Er werd de deelnemers gevraagd telkens het meest passende antwoord te omcirkelen. Soms was een combinatie van meerdere antwoorden mogelijk. Bij de volgende vragen werd de optie ‘andere’ gegeven, naast multipele antwoordmogelijkheden: soorten placebo, context van placebogebruik, gegeven informatie en ethisch standpunt rond placebogebruik. Bij ‘andere’ kregen de deelnemers een open ruimte om eigen gedachten te formuleren. De vragenlijst bestond uit zeventien vragen en een ruimte voor commentaar. Vooreerst werden een aantal demografische karakteristieken van de participanten bevraagd, zoals leeftijd, geslacht, aard van huisartsenpraktijk en aantal patiëntencontacten per week. De verdere vragen waren gerelateerd aan het klinische gebruik van placebo in de huisartsenpraktijk. De frequentie en types van behandelingen werden bevraagd, alsook de klinische context, informatie gegeven aan de patiënt en ethische bedenkingen. Behalve in de vraag naar de types behandeling gebruikt als placebo, werd er geen expliciet onderscheid gemaakt tussen zuivere en onzuivere placebo’s. De vragenlijst werd voornamelijk gebaseerd op reeds gevoerd Amerikaans onderzoek van naar gebruik van placebo aldaar.[2,7,59,60]

3. Procedure verspreiden enquête

Het verspreiden van de enquête ging via verschillende kanalen met name icho, sociale media, verspreiding op lok-groepen, en de huisartsenkringen en wachtposten in Vlaanderen (via domus medica http://www.domusmedica.be/wachtposten/). Op deze manier probeerden we een zo volledig mogelijk beeld te verkrijgen van heel Vlaanderen, met als belangrijkste beperking de onduidelijkheid wat regio betreft en de waarschijnlijkheid dat artsen uit mijn buurt (ik vermeldde dat in ik Sint-Katelijne-Waver werk) sneller zouden kunnen deelnemen aan dit onderzoek. Een andere beperking is het ontbreken van een respons ratio via deze manier van werken.

4. Deelnemers

Huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO's) in heel Vlaanderen werden gevraagd de enquête in te vullen. Exclusie gebeurde alleen op basis van het onvolledig invullen van de enquête.

5. Data-analyse

Onze resultaten worden voornamelijk besproken in frequenties, percentages van de respondenten die een antwoordoptie kozen. Bij bepaalde vragen zijn meerdere antwoordopties mogelijk en mogen de deelnemende artsen dit ook als dusdanig invullen zodat het totaal de 100% overstijgt. In een verkennende statistische analyse worden associaties gezocht tussen enerzijds de demografische eigenschappen van de artsen, met name leeftijd, geslacht, aard van de praktijk van tewerkstelling en wekelijks aantal patiëntencontacten en anderzijds het gebruik van placebo, de overtuiging rond werkzaamheid, de ethische bedenkingen hieromtrent, de context en de gegeven informatie.

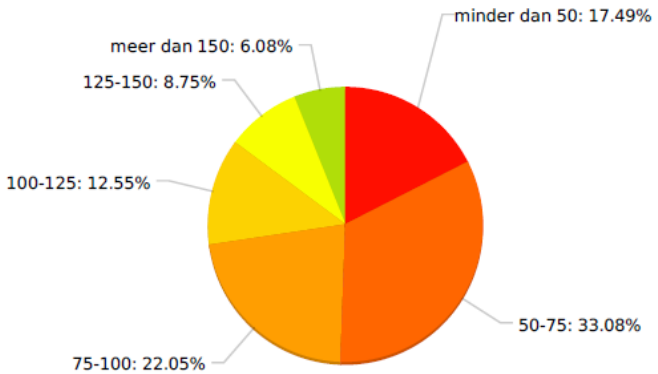
# RESULTATEN

## 1. Karakteristieken van de deelnemende artsen

265 artsen namen deel aan de studie, waarvan 222 overbleven na exclusie wegens onvolledig invullen van de enquête. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 38j, de mediaan 31j. 37% van de participanten is mannelijk, 63% vrouwelijk.

Figuur 6 geeft de verdeling van het aantal wekelijkse patiëntencontacten weer. Meer dan de helft van de participanten (56%) werkt in een groepspraktijk. Een vijfde (20%) van de deelnemers werkt in duo, 16% werkt solo en minder dan 1 op 10 (8,7%) werkt als arts in een wijkgezondheidscentrum. Wanneer de leeftijd en het geslacht van de artsen tegenover mekaar worden uitgezet, valt meteen de vrouwelijke evolutie in het artsenberoep op, in de jongere groep zitten beduidend meer vrouwen dan in de oudere groep (78% versus 45%). Het gemiddelde aantal patiëntencontacten ligt lager bij vrouwen (43% ziet meer dan 75 patiënten per week) dan bij mannen (62% ziet meer dan 75 patiënten per week). Vrouwen werken vaker in groep (63% van de bevraagde vrouwelijke artsen) en in duo (21%). De meerderheid van de solo-artsen is mannelijk (63%). In wijkgezondheidscentra zijn de aantallen qua geslacht gelijklopend.

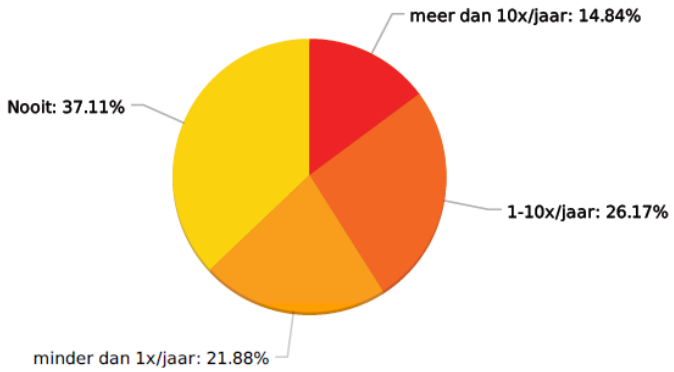
**Figuur 6. Aantal patiëntencontacten per week**



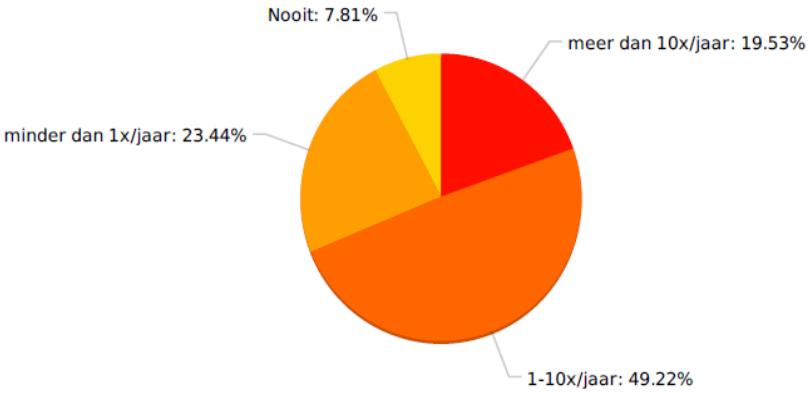

## 2. Frequentie gebruik

15% van de huisartsen in deze studie geven aan regelmatig (meer dan 10 keer per jaar) placebo te gebruiken. Nog eens een vierde zegt af en toe (1 tot 10 keer per jaar) placebo te gebruiken. Opvallend hierbij is dat de artsen hun eigen gebruik lager inschatten dan dit van hun collega huisartsen. Terwijl 37% van de respondenten zelf beweert geen placebo te gebruiken (zie figuur 7), wordt van minder dan 8% van de collega's gedacht dat ze hier nooit gebruik maken (zie figuur 8).

**Figuur 7. Frequentie gebruik placebo-effect**




**Figuur 8. Inschatting frequentie gebruik placebo-effect door collega artsen**

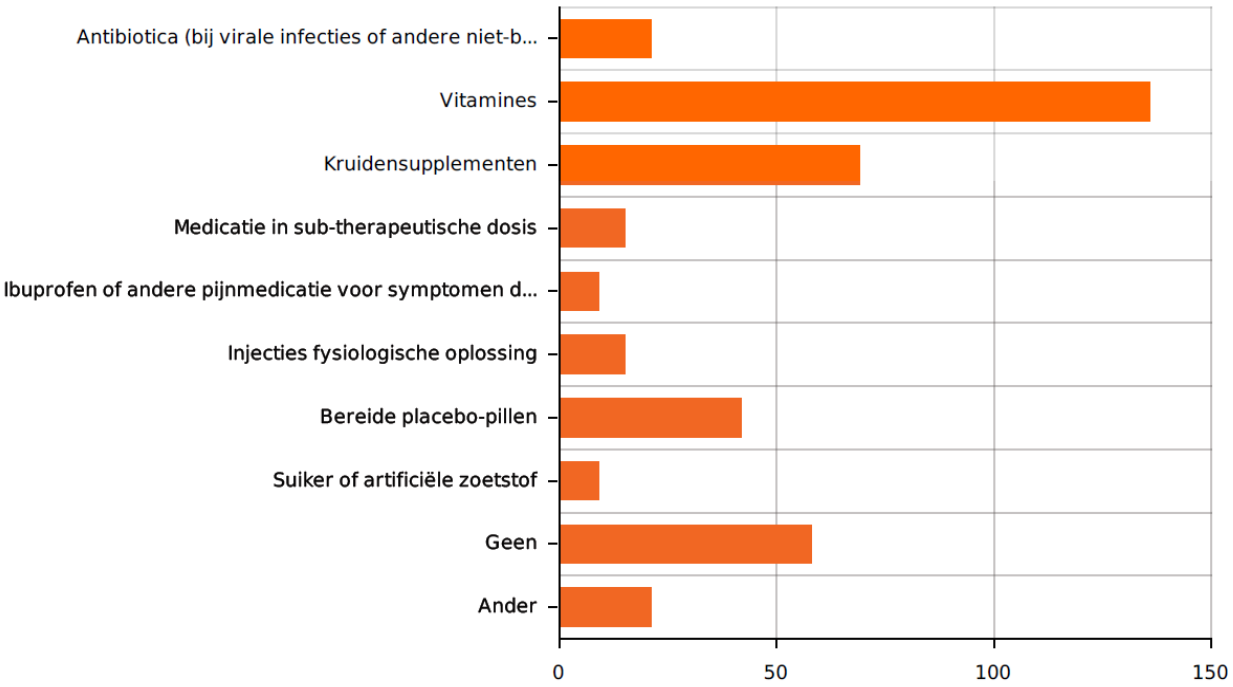



## 3. Types behandeling gebruikt als placebo

De meerderheid van de bevraagde artsen gebruikt vitamines als placebo (58%). Op de tweede plaats staan kruidensupplementen (30%), gevolgd door bereide placebo-pillen (18%). 10% geeft aan al antibiotica als placebo voorgeschreven te hebben aan patiënten zonder bacteriële diagnose (zie figuur 9).

Bij de vrije antwoordmogelijkheden komen hoestsiroop, betahistine en traumeel naar voor als frequent gekozen producten met als voornaamste doel het placebo-effect, maar ook kinesitherapie en homeopathie worden aangehaald (zie bijlage 3).

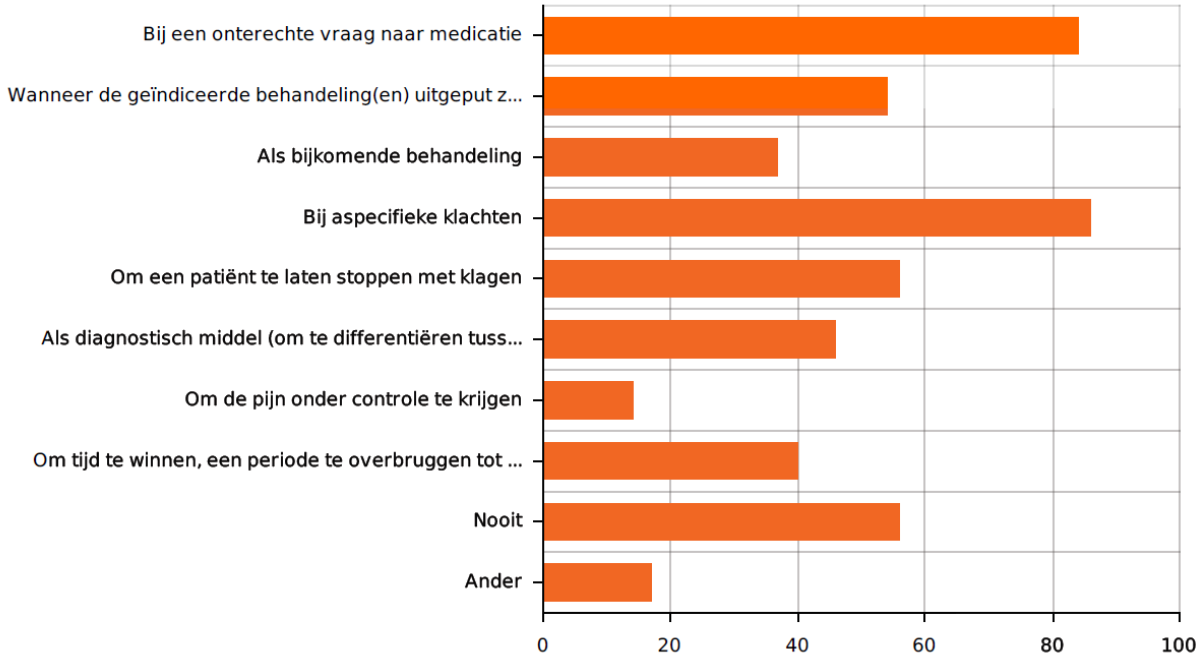
**Figuur 9. Types behandeling gebruikt als placebo**




## 4. Omstandigheden van placebo-gebruik

Een onterechte vraag naar medicatie en aspecifieke klachten staan bovenaan met beide meer dan 35%. Ook wanneer de arts geen andere uitweg ziet om de patiënt te laten stoppen met klagen (24%), of wanneer de beoogde behandelingen uitgeput zijn (23%) wordt frequent naar placebo gegrepen. 20% van de bevraagde artsen vertelt placebo te gebruiken als diagnostisch middel (zie figuur 10). De respons helpt dan ter differentiatie tussen psychogene en organische oorzaken van klachten. Spontaan vermelden sommige respondenten dat ze vitamines voorschrijven op vraag van de patiënt en er soms overgegaan wordt op placebomedicatie wanneer er geprobeerd wordt af te bouwen van verslavende medicatie, zoals slaappillen (zie bijlage 3).

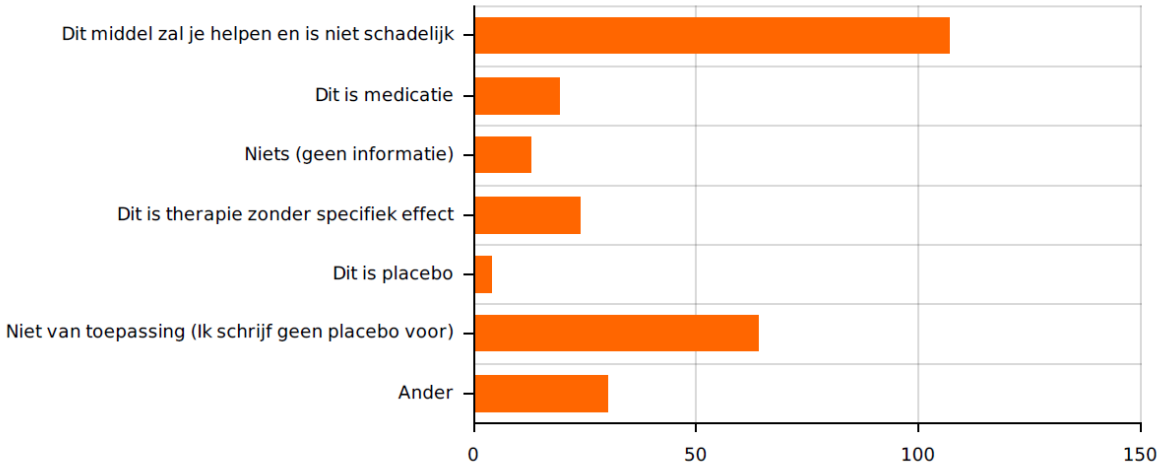
**Figuur 10. Omstandigheden placebo-gebruik**




## 5. Informatie die gegeven wordt aan patiënten aan wie placebo wordt voorgeschreven

Een wankel evenwicht bestaat tussen de werking van het placebo-effect en de hoeveelheid informatie die erover gegeven wordt. Ook de arts-patiëntrelatie wordt niet graag in het gedrang gebracht.
Minder dan 2% van de huisartsen in deze studie zegt het expliciet wanneer het placebomedicatie betreft. Meer dan het dubbele (5,6%) aantal huisartsen kiest het andere uiterste en geeft helemaal geen informatie en een ruime 8% spreekt zelfs van medicatie. De grote meerderheid is voorzichtiger en benoemt het middel als iets dat zal helpen en niet schadelijk is (45%) of spreekt van therapie zonder specifiek effect (10%). Spontaan geven heel wat huisartsen aan dat ze meegeven aan de patiënt dat het medicament het proberen waard is, maar geen zekere effectiviteit biedt.

**Figuur 11. Informatie die gegeven wordt aan patiënten aan wie placebo wordt voorgeschreven.**




## 6. Ethische standpunten

Op de vraag 'Wanneer vindt u placebo-gebruik ethisch verantwoord?' antwoordt maar liefst 1 op 20 bevraagden dat placebopillen categoriek verboden zou moeten zijn. Placebo heeft in Vlaanderen dus duidelijk voor bepaalde artsen een negatieve bijklank. Een overduidelijke meerderheid (72%) vindt dat de mening van de arts hierin centraal staat, wanneer hij of zij verwacht dat de patiënt hier baat bij heeft, moet het kunnen. Een derde van de bevraagden geeft zijn ethisch fiat wanneer wetenschappelijk onderzoek de werking van de behandeling onderbouwt. Een goede 11% vindt dat placebogebruik gerechtvaardigd kan worden op voorwaarde dat de patiënt hierover expliciet ingelicht wordt. Dit is een opmerkelijk hoog cijfer in vergelijking met de schamele 2% die zelf beslist zijn of haar patiënt nadrukkelijk in te lichten.

## 7. Gepercipieerde therapeutische waarde van placebo

Een ruime 85% van de bevraagde artsen gelooft in een therapeutisch effect van placebo en 65% verkiest dan ook, in bepaalde gevallen, placebo boven geen behandeling. De overgrote meerderheid (70%) van de respondenten is overtuigd van de coöperatie tussen lichaam en geest en ziet de therapeutische waarde dan ook zowel op mentaal als fysisch vlak. Bijna unaniem wordt gedacht dat het effect afhankelijk is van de patiënt, en het merendeel van de huisartsen in deze studie (81%) geeft ook aan dat de therapeutische waarde van het ziektebeeld afhangt. Het meest overtuigd is men van placebo bij psychische problemen en pijn. Bij kanker, cardiovasculaire pathologieën en allergieën denkt minder dan de helft dat er een effect door placebo mogelijk is (zie tabel 3).

**Tabel 3. De gepercipieerde therapeutische waarde van placebo per pathologie**

| | Zuiver psychologisch | | Zuiver fysiologisch | | Beide | | Geen | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Σ | % | Σ | % | Σ | % | Σ | % |
| Pijn | 78x | 34,98 | 3x | 1,35 | 126x | 56,50 | 19x | 8,52 |
| Psychisch (emotioneel, mentaal) | 111x | 49,78 | 1x | 0,45 | 98x | 43,95 | 14x | 6,28 |
| Gastro-intestinaal | 69x | 30,94 | 9x | 4,04 | 111x | 49,78 | 37x | 16,59 |
| Seksuele dyfunctie | 94x | 42,15 | 1x | 0,45 | 95x | 42,60 | 35x | 15,70 |
| Genezen verslaving (drugs) | 54x | 24,22 | 1x | 0,45 | 70x | 31,39 | 97x | 43,50 |
| Neurologisch | 53x | 23,77 | 7x | 3,14 | 58x | 26,01 | 106x | 47,53 |
| Reumatologisch | 52x | 23,32 | 8x | 3,59 | 63x | 28,25 | 103x | 46,19 |
| Allergie en andere immuunstoornissen | 47x | 21,08 | 8x | 3,59 | 43x | 19,28 | 127x | 56,95 |
| Kanker | 49x | 21,97 | 6x | 2,69 | 30x | 13,45 | 141x | 63,23 |
| Cardiovasculair | 38x | 17,04 | 8x | 3,59 | 42x | 18,83 | 137x | 61,43 |
| Infectieus | 50x | 22,42 | 6x | 2,69 | 40x | 17,94 | 127x | 56,95 |

## 8. Process-of-Treatment effect (context-effect)

Naar mening van de ondervraagde artsen is aandachtig en grondig luisteren naar het verhaal van de patiënt van essentieel belang; 93% denkt hiermee het genezingsproces te stimuleren. De arts-patiëntrelatie wordt eveneens als een belangrijke factor gezien (81%), net als klinisch onderzoek (76%) en bezorgdheid uiten naar de patiënt toe (79%). Ruim de helft van de huisartsen vindt dat het schrijven van een voorschrift, onafhankelijk van de voorgeschreven medicatie, bijdraagt tot het placebo-effect. Eén op tien gelooft in het effect van het dragen van een witte jas en 6% is overtuigd van de meerwaarde van bidden met de patiënt. Een kleine groep (3,6%) artsen gelooft niet in het bestaan van een context-effect.

## 9. Profiel van de arts die gebruikmaakt van placebo

*9.1 Geslacht*

41% van de vrouwelijke artsen geeft aan nooit placebo te gebruiken, voor mannen is dit 30%. Mannen gebruiken sneller placebo dan vrouwen: bij de regelmatige gebruikers is 70% man, 27% van de mannen gebruikt meer dan 10x per jaar placebo terwijl dit bij vrouwen slechts 7% is. Bij de vraag wat collega's

zouden doen is het opvallend dat vooral vrouwen denken dat hun collega's meer placebo gebruiken dan zijzelf.

Mannelijke artsen (13%) schrijven makkelijker antibiotica als placebo voor dan vrouwelijke artsen (6%). Daarnaast kiezen ze opvallend meer voor pijnmedicatie bij klachten die niet pijn gerelateerd zijn (8 vs 1%) en injecties fysiologisch (12% vs 4%). Ook voor placebopillen is er een overwicht voor mannelijke huisartsen (25% vs 14%). Hetzelfde geldt voor suiker (6 vs 3%). Vrouwelijke artsen schrijven dan weer iets vaker vitamines en kruiden voor als placebo (60% van de vrouwelijke artsen tegenover 56% bij mannen wat betreft vitamines en 33% van de vrouwen en 29% van de mannen wat betreft kruiden) en medicatie in sub-therapeutische dosis (8% vrouwelijke huisartsen tegenover 4,5% mannelijke). Mannen gebruiken dus niet alleen vaker placebo in het algemeen maar ook vaker zuivere placebo-medicatie dan hun vrouwelijke collega's.

Wat betreft de reden om placebo voor te schrijven, zijn de cijfers algemeen gelijklopend. Een onterechte vraag naar medicatie (42% vs 33%) of pijncontrole (8 vs 4%) is wel meer een reden voor mannen om placebo voor te schrijven.

De informatie die gegeven wordt aan de patiënt is analoog voor beide geslachten, behalve dat vrouwen sneller zeggen dat het gaat om een behandeling zonder specifiek effect en de groep die expliciet zegt dat het om placebo gaat voor drie vierde uit mannen bestaat.

Ethisch is er nauwelijks verschil. Mannen (13%) hechten echter iets meer belang aan de ervaring van collega's ter goedkeuring voor placebogebruik dan vrouwen (6%).

Wat handelingen en gedragingen die een placebo-effect kunnen teweegbrengen of versterken betreft, geloven mannen opvallend meer in de witte jas (17 vs 7%) en in het maken van een voorschrift (63% vs 45%) dan hun vrouwelijke collega's. Andere handelingen worden door vrouwen en mannen gelijkaardig ingeschat.

*9.2 Leeftijd*

In de analyse werd een onderscheid gemaakt volgens leeftijd. Voor de eenvoud werden er twee groepen gemaakt (met leeftijdsgrens 31j). De jongere groep artsen schrijft opvallend minder zuivere placebo's zoals placebo-pillen (8% vs 28%), injecties fysiologisch (6% vs 7%) en suiker (0% vs 8%). De reden om placebo voor te schrijven is erg gelijklopend in beide leeftijdsgroepen. Informatie die meegegeven wordt aan een patiënt die placebo voorgeschreven krijgt, is mogelijks wel beïnvloed door de leeftijd van de arts: meer dan de helft van de oudere groep zegt dat het middel helpt en niet schadelijk is (52% vs 42% in de jongere groep), de jongere groep zegt dan weer makkelijker dat het medicatie zonder specifiek effect betreft (15% vs 5%). In de extremen, met name geen informatie geven, zeggen dat het medicatie is, of expliciet benoemen dat het om placebo gaat, zijn de cijfers gelijkaardig in beide groepen. Ethische bezwaren zijn even frequent in beide groepen. Wel opvallend is dat de jongere artsen het meer ethisch aanvaardbaar vinden placebo te gebruiken als er wetenschappelijke evidentie is die dit onderbouwt (38

vs 23% van de artsen boven de 31j) en als de patiënt hierover ingelicht wordt (14% vs 8% . Jongere artsen geloven ook nog meer in de therapeutische waarde van placebo (92% vs 81%) en in de mind-body connectie, met zowel verbetering op psychisch als op fysisch vlak (73% tegenover 67% van de oudere groep). 9% van de oudere artsen zegt hier geen enkel effect te verwachten, terwijl dit voor slechts 2% van de jonge artsen geldt. Ook wordt een grotere invloed van patiënt zelf (99% vs 92%) en ziektebeeld (93% vs 71%) verwacht in de jongere groep. Gedragingen en handelingen die een placebo effect kunnen versterken zijn voor artsen van verschillende leeftijden gelijkaardig. De kracht van de witte jas wordt hoger ingeschat bij de meer ervaren artsen (14% vs 6%).

*9.3 Placebogebruik*

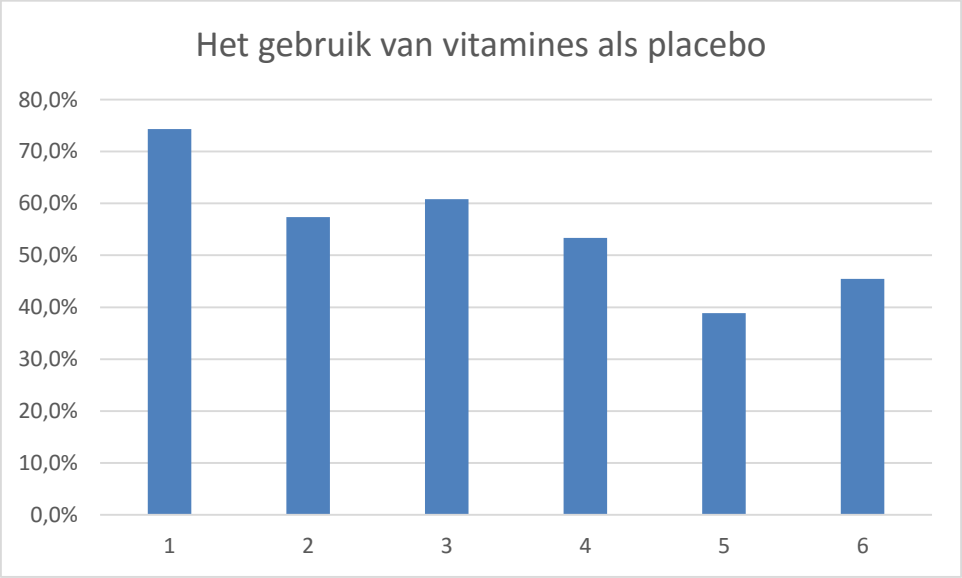
91% van de artsen die placebo gebruikt is overtuigd van het therapeutische effect versus 79% van de artsen die het niet gebruikt. Drie vierde van de placebogebruikers geeft de voorkeur aan een placebobehandeling boven geen behandeling, terwijl het bij artsen die nooit placebo gebruiken een 50-50 verhaal is. 75% van de placeboschrijvers gelooft in een psychisch en fysisch effect tegenover 63% van de artsen die dit nooit schrijven. Ook hier weer zien we een grotere groep die geen enkel effect verwacht van placebo bij de artsen die het nooit gebruiken (12% tegenover 1% bij artsen die wel al eens placebo schreef). 98% van de artsen die placebo schrijven geloven dat het effect patiënt-afhankelijk is in vergelijking met 91% van de artsen die het niet schrijft. Bij de vraag of dit effect afhankelijk is van de pathologie vinden we geen verschil tussen beide groepen, een goeie 80% denkt dat dit zo is. Artsen die nooit placebo voorschrijven konden zich kennelijk minder goed vinden in de mogelijke redenen om placebo voor te schrijven. 80% van de deelnemers die vond dat placebo gebruikt kan worden bij een onterechte vraag naar medicatie, schreef ooit al placebo voor tegenover 20% van de groep artsen die nooit placebo gebruikt. Eenzelfde verhouding gold voor placebo als bijkomende behandeling, om patiënten te laten stoppen met klagen en aspecifieke symptomen. Een nog meer uitgesproken tegenstelling bestond bij de reden ‘behandelingen uitgeput’ (86% vs 14%), pijncontrole (85% vs 15%) en placebo als diagnostisch hulpmiddel (88% vs 12%).

We gingen ook na of er een verschil was in ethische standpunten tussen artsen die vertellen nooit placebo te gebruiken en zij die aangeven dit (soms) wel te doen. Op één na schrijven alle respondenten die vinden dat placebo categoriek verboden zou moeten zijn, het zelf niet voor. Een groot verschil zien we in het ethisch akkoord wanneer de arts verwacht dat de patiënt er baat bij zal hebben: een grote meerderheid (83%) van de artsen die al eens placebo gebruikt vindt dit een goede motivatie terwijl dit bij de nooit-gebruikers slechts de helft is. 8% van de nooit-gebruikers gelooft eveneens niet in handelingen en gedragingen die een placebo-effect kunnen versterken terwijl dit bij artsen die al eens placebo gebruiken minder dan 1% is.

*9.4 Patiëntencontacten*

Om de invloed van het aantal patiëntencontacten te bekijken bekeken we de groepen afzonderlijk (<50/50-75/75-100/100-125/125-150/>150 patiëntencontacten per week) en opgesplitst in twee ongeveer even grote groepen: weinig (<75) en veel (>75) patiëntencontacten. Antibiotica (13% in de groep tot 75 patiënten per week vs 5% in de groep met meer dat 75 patiënten per week), medicatie in sub-therapeutische doses (9% vs 4,5%) en vitamines (zie figuur 12) worden ongeveer dubbel zoveel als placebo gekozen door artsen die weinig patiënten zien (73% bij de artsen die <50 patiënten zien/week vs 43% bij de groep >125 patiënten/week). De zuivere placebo's, met name injecties fysiologisch (8% in de groep meer dan 75 patiënten per week vs 5%, met in de groep <50 patiënten 0% en boven de 150 patiënten 55%), suiker (5% vs 2%) en placebobillen (28% vs 8%), worden vaker door drukker bezette artsen geschreven. Placebo-effect versterken door te luisteren naar de patiënt wordt belangrijker geacht door de groep met een lager aantal patiëntencontacten (97% bij de groep die minder dan 50 patiënten per week ziet tegenover 83% bij de groep die meer dan 125 patiënten per week ziet). De redenen om placebo voor te schrijven zijn onafhankelijk van het aantal patiëntencontacten per week.

**Figuur 12. Het gebruik van vitamines als placebo uitgezet tegenover het aantal patiëntencontacten per week.**
1: <50 patiëntencontacten per week
2: 50 – 75 patiëntencontacten per week
3: 75-100 patiëntencontacten per week
4: 100-125 patiëntencontacten per week
5: 125-150 patiëntencontacten per week
6: >150 patiëntencontacten per week



# DISCUSSIE

## 1. Relevantie

Ondanks het feit dat in de vraag rond de frequentie van het gebruik van placebo-effect 37% antwoordt nooit placebo te gebruiken, blijft slechts iets minder dan een kwart vasthouden aan dit antwoord en kiest geen placebo te gebruiken verder in de bevraging. Dit toont aan dat er, ondanks de omschrijving in het begin van de enquête, nog steeds ruime begripsverwarring bestaat. Daarnaast bestaat een taboe rond het gebruik van placebomedicatie en het placebo-effect. Dit heeft grotendeels met ethische bezwaren te maken.[1,10,28,29,39,40,45,46,47] Door deze masterproef hoop ik naast het brengen van een interessante studie rond het gebruik van het placebo-effect in de Vlaamse huisartsenpraktijk ook dit taboe deels te kunnen doorbreken en zo een aanzet te geven tot een bredere en duidelijkere kijk op het begrip placebo-effect. Op deze manier zou het gebruik ervan ook ethisch correcter kunnen worden. Een concreet voorbeeld is het gebruik van antibiotica als placebo. Vergeleken met een Amerikaanse studie[2] doen Vlaamse huisartsen dit duidelijk minder, maar het aantal blijft hoog. Naast de (potentieel gevaarlijke) bijwerkingen op individueel niveau, valt dit moeilijk te rijmen met de vele campagnes om het antibioticagebruik te doen dalen. [62,63]

## 2. Hoe sterk is het effect?

### *2.1 Patiënt-afhankelijk*

Ondanks het feit dat placebo effecten duidelijk gedocumenteerd zijn, zijn er individuele verschillen die de reactie op placebo beïnvloeden, sommige mensen gaan sterker reageren dan anderen en hiermee moet rekening worden gehouden. [8,9,26] Er is zelfs genetisch onderzoek, nog in de kinderschoenen weliswaar, waarin aangetoond werd dat er genetische varianten in placebo-responsiviteit bestaan.[20,27] De Vlaamse huisarts is zich hier bewust van, bijna alle deelnemende artsen antwoorden dat het effect afhankelijk is van de patiënt.

### *2.2 Ziekte-afhankelijk*

Placebo effecten zouden het meest effectief zijn in condities als pijn, depressie en motorische ziekten. Dit zijn de ziektebeelden waarin het meeste onderzoek werd gevoerd naar placebo invloeden omdat ze hier het meest duidelijk zijn. [9,26] Een grote meerderheid van de respondenten in deze studie gelooft ook dat het antwoord op placebo afhankelijk is van het ziektebeeld. Psychische problemen en pijn trekken de lijst volgens de Vlaamse huisartsen, gevolgd door seksuele dysfunctie en gastro-intestinale aandoeningen. Kanker en cardiovasculaire ziekten zijn het minst vatbaar voor placebo-effecten, maar ook bij allergie en infecties denkt meer dan de helft van de deelnemers dat placebo geen enkel effect heeft (zie tabel). Hoewel de ziekte van Parkinson een veelvuldig onderzocht topic is in de literatuur[24]

wat placebo betreft, is bijna de helft van de bevraagden ervan overtuigd dat placebo bij dit ziektebeeld geen invloed heeft.

### *2.3 Het biopsychosociaal model*

Is het aanbieden van een therapie op zich een meerwaarde voor het genezingsproces? Gedragingen, handelingen en gebruiken die het placebo-effect versterken, of zelfs een placebo-effect zijn, konden zeker worden onderzocht en aangetoond. [8,9,10,17,18,19] Gebruik maken van deze effecten om de patiënt beter te behandelen zou deel moeten uitmaken van de dagdagelijkse praktijk en is een deel van mijn betoog tegen de negatieve bijklank van placebo. Het eenzijdig negatief bekijken van het placebo-effect als oplichten van patiënten zou moeten worden verlaten en plaats maken voor een meer genuanceerde kijk. Een kleine groep van de bevraagden gelooft hier helemaal niet in. De overgrote meerderheid van de Vlaamse huisartsen hier bevraagd vindt echter wel dat deze factoren er zijn. Voornamelijk aandachtig luisteren naar het verhaal van de patiënt en de arts-patiëntrelatie uitbouwen worden hier als grote troeven gezien, maar ook bezorgdheid uiten naar patiënten en het klinisch onderzoek worden erg belangrijk geacht. Vergeleken met de Amerikaanse huisarts[2] liggen de cijfers opvallend lager, zeker wat betreft het dragen van een witte jas en bidden met de patiënt. Een Amerikaanse studie[64] toont aan dat patiënten aldaar effectief meer geloof hebben in artsen die een witte jas dragen. Verder onderzoek geeft aan dat er factoren zijn die dit geloof beïnvloeden.[65] Hieruit blijkt het belang van de samenleving en zijn evolutie.

In de literatuur vinden we een aantal gedragingen en handelingen. Positief zijn over behandelingen, steun bieden, vertrouwen scheppen, geruststellen, respect hebben voor de unieke persoon, relaties onderhouden en ondersteunen, individuele waarden verkennen en het ritueel op zich worden naar voor geschoven als de acht voornaamste zaken. De bedoeling is om de patiënt met positieve verwachtingen naar huis te laten gaan en zodoende angst en stress te verminderen en het gevoel te geven dat er voor de patiënt gezorgd wordt.[9,61] De respondenten scoren wetenschappelijk gezien dus relatief goed, toch wat de theorie betreft. Of deze zaken ook daadwerkelijk worden toegepast in de praktijk, is een interessant topic voor verder onderzoek.

## 3. Profiel van de arts die gebruikmaakt van placebo

We voerden een eerste statische verkenning uit om trends te zoeken. Verder onderzoek is hierin zeker noodzakelijk.

### *3.1 Geslacht*

Gezien de vervrouwelijking van het artsenberoep, is het profiel van de mannelijke en vrouwelijke arts verschillend in deze studie (en mogelijks in heel Vlaanderen). Dit is niet onbelangrijk mee te nemen in conclusies rond leeftijd, gezien het geslacht hier confounding variabele is en vice versa. Er zijn

verschillen in gebruik van placebo tussen mannen en vrouwen. Meer vrouwen geven aan nooit placebo te gebruiken. Mannen gebruiken het ook frequenter, en vooral meer zuivere placebo's dan vrouwen. Wat onzuivere placebo's betreft, schrijven mannelijke artsen makkelijker antibiotica en pijnmedicatie voor klachten die niet pijn-gerelateerd zijn. Vrouwelijke artsen kiezen als placebo dan weer iets vaker vitamines en kruiden, naast medicatie in sub-therapeutische dosis.
Wat betreft de reden om placebo voor te schrijven geven mannen vaker aan dit te doen omwille van een onterechte vraag naar medicatie of pijncontrole.
Ethisch is er nauwelijks verschil maar mannen hechten echter iets meer belang aan de ervaring van collega's ter goedkeuring voor placebogebruik dan vrouwen. Bij de vraag wat collega's zouden doen is het opvallend dat vooral vrouwen denken dat hun collega's meer placebo gebruiken dan zijzelf.
Wat handelingen en gedragingen die een placebo-effect kunnen teweegbrengen of versterken betreft geloven mannen opvallend meer in de witte jas en in het maken van een voorschrift dan hun vrouwelijke collega's. Verklaringen liggen hier vermoedelijk in de verschillen in psychische percepties tussen mannen en vrouwen. Zo lijkt hier de stereotiep dat mannen meer geneigd zijn tot actie over te gaan en vrouwen voorzichtiger zijn en meer luisteren, toch enigszins bevestigd te worden.

*3.2 Leeftijd*

De jongere groep artsen schrijft opvallend minder zuivere placebo's. Informatie die meegegeven wordt aan een patiënt die placebo voorgeschreven krijgt is mogelijks wel beïnvloed door de leeftijd van de arts: meer dan de helft van de oudere groep zegt dat het middel helpt en niet schadelijk is, de jongere groep zegt dan weer makkelijker dat het medicatie zonder specifiek effect betreft. Hoewel er inhoudelijk weinig verschil is in beide uitspraken, merken we toch een meer paternalistische benadering bij de oudere groep. Shared decision making[66,67,68] is dan ook een recent fenomeen. Ethische bezwaren zijn even frequent in beide groepen. Wel opvallend is dat de jongere artsen het meer ethisch aanvaardbaar vinden placebo te gebruiken als er wetenschappelijke evidentie dit onderbouwt en als de patiënt hierover ingelicht wordt. Dit is niet zo verwonderlijk gezien evidence based medicine de laatste jaren meer en meer op de voorgrond is getreden en vroeger niet gedoceerd werd. De witte jas werd vroeger ongetwijfeld meer gedragen dan nu.[2] Het potentieel op placebo niveau wordt dan ook dusdanig ingeschat.

*3.3 Placebogebruik*

We gingen na of er een verschil was in ethische standpunten tussen artsen die vertellen nooit placebo te gebruiken en zij die aangeven dit (soms) wel te doen. Meteen viel de discrepantie op tussen het aantal artsen dat aangeeft nooit placebo te gebruiken en het aantal dat verderop in de bevraging telkens 'niet van toepassing' kiest. Mogelijks kunnen sommigen zich wel indenken wat ze zouden zeggen en kiezen ze daarom deze opties. Opvallend is hier dat niet alleen ethische bezwaren als misleiding en bedrog naar voor komen, maar dat de artsen die geen placebo schrijven, duidelijk minder in de werking en motivatie ervan geloven. Dit is waarschijnlijk evenzeer een reden om geen placebo te gebruiken.

*3.4 Patiëntencontacten*

Zuivere placebo's worden meer door artsen geschreven die meer patiënten zien. Mogelijks speelt ervaring hierin een rol. Antibiotica en vitamines worden ongeveer dubbel zoveel als placebo gekozen door artsen die weinig patiënten zien. Hoe meer patiënten de arts ziet, hoe lager de responsratio op de vraag of je placebo-effect kan versterken door te luisteren naar de patiënt. Een vreemde tendens is dit eigenlijk niet, gezien artsen die minder patiënten zien, mogelijks bewust meer tijd uittrekken per patiënt. De artsen die veel patiënten zien, hechten dan weer meer belang aan het klinisch onderzoek om een placebo-effect te induceren.

## 4. Beperkingen

Ik vermeld hier enkele belangrijke beperkingen van dit onderzoek. Zo gebeurde de rekrutering van de deelnemers niet optimaal, dit zorgt mogelijks voor demografisch overwicht van bepaalde regio's in Vlaanderen. Om deze beperking zo weinig mogelijk te laten gelden werden artsen via wachtposten over heel Vlaanderen gecontacteerd. Hierdoor werd de responsratio onduidelijk, een tweede beperking. Daarnaast is er mogelijks selectie bias. Zo weet ik niet of respondenten anders tegenover placebo staan dan mensen die niet wensten deel te nemen.

De grootste beperking is het blijvend bestaan van begripsverwarring rond placebo, placebo-effect en placebo-medicatie ondanks de definiëring aan het begin van de enquête. Ook in de literatuur is hierover geen eensgezindheid.

Tot slot vermeld ik graag dat er in de literatuursectie een vergelijking wordt gemaakt tussen huisartsen in verschillende landen, alwaar de functies en de klinische contexten al eens grondig kunnen verschillen.

# CONCLUSIE

Tot nu toe was er weinig tot niets geweten over het gebruik van placebo en het placebo-effect in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Meer dan de helft van de ondervraagde huisartsen gebruikte al eens placebo, slechts een kleine groep doet dit op regelmatige basis, mannen meer dan vrouwen.

Er hangt bij een deel van de bevraagden nog een negatieve bijklank rond placebogebruik, die grotendeels te verklaren is door begripsverwarring en de idee dat dit onlosmakelijk gekoppeld is aan misleiding en bedrog. Er worden door de Vlaamse huisarts voornamelijk onzuivere placebo's voorgeschreven, maar het betreft hoofdzakelijk onschadelijke medicatie zoals vitamines en kruidensupplementen.

Enerzijds kunnen we ons afvragen of dit, samen met de voornaamste motivatie tot het schrijven van placebo, namelijk een onterechte vraag naar medicatie, patiënten niet nog meer in disfunctionele gedragspatronen duwt en medicalisering in de hand werkt. Anderzijds lijkt er met het maximaal benutten van de zelfhelende capaciteit van de patiënt op een zo weinig mogelijk commerciële manier, niets verkeerd.

De Vlaamse huisarts gelooft ook in rituelen en gedragingen binnen de gezondheidszorg die een placebo-effect tot stand kunnen brengen. Naar de toekomst toe lijkt het mij vooral interessant hiermee aan de slag te gaan om zodoende de zorg voor de patiënt te optimaliseren, door gebruik te maken van de connectie tussen lichaam en geest, zonder schade te berokkenen.

# REFERENTIES


[1] Harriet Hall. Placebo are you there? Science based medicine 2015. Beschikbaar via: https://www.sciencebasedmedicine.org/placebo-are-you-there/#more-36036. Geraadpleegd 13/11/2015.

[2] Kermen R, Hickner J, Brody H, Hasham I. Family physicians believe the placebo effect is therapeutic but often use real drugs as placebos. Fam Med. 2010 Oct;42(9):636-42.

[3] Rorty MV, Frankel LR. The paradoxical placebo. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):17-20.

[4] Meissner K, Höfner L, Fässler M, Linde K. Widespread use of pure and impure placebo interventions by GPs in Germany. Fam Pract. 2012 Feb;29(1):79-85.

[5] Fent R, Rosemann T, Fässler M, Senn O, Huber CA. The use of pure and impure placebo interventions in primary care - a qualitative approach. BMC Fam Pract. 2011 Mar 24;12:11.

[6] Miller FG and Kaptchuk TJ. The power of context: reconceptualizing the placebo effect. J R Soc Med 2008;101(5):222-225.

[7] Sherman R, Hickner J. Academic physicians use placebos in clinical practice and believe in the mind-body connection. J Gen Intern Med. 2008;23:7–10.

[8] Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. Neuropsychopharmacology. 2011 Jan;36(1):339-54.

[9] Bystad M, Bystad C, Wynn R. How can placebo effects best be applied in clinical practice? A narrative review. Psychol Res Behav Manag. 2015; 8: 41–45.

[10] Benedetti F, Mayberg HS, Wager TD, Stohler CS, Zubieta JK. Neurobiological mechanisms of the placebo effect. J Neurosci. 2005;25:10390–402

[11] Damien G Finniss, Ted J Kaptchuk, Franklin Miller and Fabrizio Benedetti. Placebo Effects: Biological, Clinical and Ethical Advances. Lancet. 2010 Feb 20; 375(9715): 686–695.

[12]Haake M, Muller HH, Schade-Brittinger C, et al. German acupuncture trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with three groups. Arch Intern Med. 2007;167:1892–8.

[13] Linde K, Streng A, Jurgens S, et al. Acupuncture for patients with migraine. A randomized controlled trial. JAMA 2005;293:2118–25.

[14] Melchart D, Streng A, Hoppe A, et al. Acupuncture in patients with tension-type headache: randomized trial. BMJ. 2005;331:376–9.

[15] Brinkhaus B, Witt C, Jena S, et al. Acupuncture in patients with chronic low back pain – a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2006;166:450–7.

[16] Witt C, Brinkhaus B, Jena S, et al. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: a randomized trial. Lancet. 2005;366:136–43.

[17] Benedetti F, Amanzio M. The placebo response: how words and rituals change the patient's brain. Patient Educ Couns. 2011 Sep;84(3):413-9.

[18] Frisaldi E[1], Piedimonte A, Benedetti F. Placebo and nocebo effects: a complex interplay between psychological factors and neurochemical networks. Am J Clin Hypn. 2015 Jan;57(3):267-84.

[19] Bingel U[1], Colloca L, Vase L. Mechanisms and clinical implications of the placebo effect: is there a potential for the elderly? A mini-review. Gerontology. 2011;57(4):354-63.

[20] Colagiuri B, Schenk LA, Kessler MD, Dorsey SG, Colloca L. The placebo effect: From concepts to genes. Neuroscience. 2015 Oct 29;307:171-90.

[21] Wager TD, Rilling JK, Smith EE, et al. Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. Science. 2004;303: 1162–1167.

[22] Zubieta JK, Stohler CS. Neurobiological mechanisms of placebo responses. Ann N Y Acad Sci. 2009 Mar;1156:198-210.

[23] Qiu YH[1], Wu XY, Xu H, Sackett D. Neuroimaging study of placebo analgesia in humans. Neurosci Bull. 2009 Oct;25(5):277-82.

[24] Fregni F. Immediate Placebo Effect in Parkinson's Disease – Is the Subjective Relief Accompanied by Objective Improvement? European Neurology 2006;56:4

[25] Colloca L, Benedetti F. Placebos and painkillers: is mind as real as matter? Nat Rev Neurosci. 2005; 6: 545-552

[26] Benedetti F. Placebo effects: understanding the mechanisms in health and disease. New York: Oxford University Press, 2008.

[27] Hall KT, Loscalzo J, Kaptchuk TJ. Genetics and the placebo effect: the placebome. Trends Mol Med. 2015 May;21(5):285-94.

[28] Steven Novella. Placebo by conditioning. Science based medicine 2015. Beschikbaar via: https://www.sciencebasedmedicine.org/placebo-by-conditioning/. Geraadpleegd 13/11/2015.

[29] Kleist, P. Quatre effets, phénomènes et paradoxes de la médecine. Leur signification et leurs racines historiques. Forum Med Suisse 2006; 6: 1023–1027.

[30] Bazian, NHS choices. The placebo-effect can still work even if people know its a placebo. NHS 2015. Beschikbaar via: http://www.nhs.uk/news/2015/07July/Pages/The-placebo-effect-can-still-work-even-if-people-know-its-a-placebo.aspx. Geraadpleegd 13/11/2015.

[31] Foddy B. A duty to deceive: placebos in clinical practice. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):4-12.

[32] Braillon A. Placebo is far from benign: it is disease-mongering. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):36-8.

[33] Kolber A.How placebo deception can infringe autonomy. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):25-6.

[34] Powell T, Bailey J. Against placebos. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):23-5.

[35] Berger J. Paternalistic assumptions and a purported duty to deceive. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):20-1.

[36] Duffy JD. The placebo response: the shared construction of reality and the illusion of autonomy. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):26-8.

[37] Shah KR, Goold SD. The primacy of autonomy, honesty, and disclosure-Council on Ethical and Judicial Affairs' placebo opinions. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):15-7.

[38] Brody H. Medicine's continuing quest for an excuse to avoid relationships with patients. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):13-5

[39] Kanaan R. When doctors deceive. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):29-30.

[40] Schwab AP. When subtle deception turns into an outright lie. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):30-2.

[41] Hester DM, Talisse RB. Physician deception and patient autonomy. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):22-3.

[42] Foddy B. Response to open peer commentaries on "A duty to deceive: placebos in clinical practice". Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):W1-2

[43] Vernillo A. Placebos in clinical practice and the power of suggestion. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):32-3.

[44] Golomb BA. Doctoring the evidence: the case against lying to patients about placebos. Am J Bioeth. 2009 Dec;9(12):34-6.

[45] Pittrof R, Rubenstein I. The thinking doctor's guide to placebos. BMJ. 2008;336:1020.

[46] Scriba PC. Placebo and the relationship between doctors and patients. Overview. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012 Sep;55(9):1113-7.

[47] Wartolowska K, Judge A, Hopewell S, Collins GS, Dean BJ, Rombach I et al. Use of placebo controls in the evaluation of surgery: systematic review. BMJ 2014 May 21;348:g3253.

[48] Sievenpiper JL, Ezatagha A, Dascalu A, Vuksan V. When a placebo is not a 'placebo': a placebo effect on postprandial glycaemia. Br J Clin Pharmacol. 2007;64:546–9.

[49] Miller FG, Rosenstein DL. The nature and power of the placebo effect. J Clin Epidemiol. 2006;59:331–5.

[50] Dobrilla G. Placebo surgery: surprises and ethical questions. Recenti Prog Med. 2006 Feb;97(2):69-73.

[51] Boyle K, Batzer FR. Is a placebo-controlled surgical trial an oxymoron? J Minim Invasive Gynecol. 2007 May-Jun;14(3):278-83.

[52] Miller FG[1]. Sham surgery: an ethical analysis. Sci Eng Ethics. 2004 Jan;10(1):157-66.

[53] Fässler M, Meissner K, Schneider A, Linde K. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice--a systematic review of empirical studies. BMC Med. 2010 Feb 23;8:15.

[54] Fässler M, Gnädinger M, Rosemann T, Biller-Andorno N. Placebo interventions in practice: a questionnaire survey on the attitudes of patients and physicians. Br J Gen Pract. 2011 Feb;61(583):101-7.

[55] Linde K, Alscher A, Friedrichs C, Wagenpfeil S, Karsch-Völk M, Schneider A. Belief in and use of complementary therapies among family physicians, internists and orthopaedists in Germany - cross-sectional survey. Fam Pract. 2015 Feb;32(1):62-8.

[56] Bishop FL, Howick J, Heneghan C, Stevens S, Hobbs FD, Lewith G. Placebo use in the UK: a qualitative study exploring GPs' views on placebo effects in clinical practice. Fam Pract. 2014 Jun;31(3):357-63.

[57] Howick J, Bishop FL, Heneghan C, Wolstenholme J, Stevens S, Hobbs FD, Lewith G. Placebo use in the United kingdom: results from a national survey of primary care practitioners. PLoS One. 2013;8(3):e58247.

[58] Bąbel P. Use of placebo interventions in primary care in Poland. Med Princ Pract. 2013;22(5):484-8.

[59] Hrobjartsson A, Norup M. The use of placebo interventions in medical practice—a national questionnaire survey of Danish clinicians. Eval Health Prof 2003;26(2):153-65.

[60] Nitzan U, Lichtenberg P. Questionnaire survey on use of placebo. BMJ 2004;329(7472):944-6.

[6161] Barrett B, Muller D, Rakel D, Rabago D, Marchand L, Scheder JC. Placebo, meaning and health. Perspect Biol Med 2006;49:178–198.

[62] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) 2005-2016. Europese antibioticadag. Beschikbaar via: http://ecdc.europa.eu/nl/eaad/Pages/Home.aspx. Geraadpleegd 20/4/2016.

[63]. Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. 14e campagne ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica. Beschikbaar via: http://www.invlaanderen.be/(6236)/14e-campagne-ter-promotie-van-het-verantwoord-gebruik-van-antibiotica. Geraadpleegd 20/4/2016.

[64]. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. Am J Med 2005;118(11):1279-86.

[65]. Petrilli CM, Mack M, Petrilli JJ, Hickner A, Saint S, et al.Understanding the role of physician attire on patient perceptions: a systematic review of the literature--targetingattire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators. BMJ Open. 2015 Jan 19;5(1):e006578. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006578.

[66] O'Connor A, Wennberg JE, Legare F, Llewellyn-Thomas HA, Moulton BW, Sepucha KR, et al. Toward the "tipping point": decision aids and informed patient choice. Health Aff. 2007;26(3):716–25.

[67] Elwyn G, Coulter A, Laitner S, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. BMJ. 2010;341:c5146.

[68] Glyn Elwyn, Dominick Frosch, Richard Thomson, Natalie Joseph-Williams, Amy Lloyd et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med. 2012 Oct; 27(10): 1361–1367

# BIJLAGEN

## BIJLAGE 1: Aanvraag ethisch comité









Vrije Universiteit Brussel

---

***VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS***

***IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE***

---

**1. TITEL VAN HET ONDERZOEK**

Gebruik van placebo-effect in de Belgische huisartsenpraktijk

**2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)**

**PROMOTOR**

- NAAM: DIRK DEVROEY
- FUNCTIE: PROFESSOR
- UNIVERSITEIT: VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN CHRONISCHE ZORG
- TELEFOONNUMMER: +3224774311
- FAX: +3224774301
- E-MAIL: DDEVROEY@VUB.AC.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: …

**CO-PROMOTOR: /**

- NAAM: …
- FUNCTIE: …
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: …
- TELEFOONNUMMER: …
- FAX: …
- E-MAIL: …
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …

**3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.**

- NAAM: KATRIEN VAN CAMEPNHOUT
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: KULEUVEN
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0479244329
- E-MAIL: KATRIEN.VANCAMPENHOUT@TELENET.BE

## 4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: HANS WAUTERS
- ADRES: CLEMENCEAUSTRAAT 76
- TELEFOONNUMMER: 015274858
- E-MAIL: INFO@DRWAUTERS.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): …

## 5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

## 6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 1/8/15 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 1/2/16

## 7. SOORT ONDERZOEK

❑ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ❑ VRAGENLIJSTEN
- ❑ INTERVIEW

**RETROSPECTIEF ONDERZOEK**

**X THEORETISCH ONDERZOEK**

- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

**8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL ( MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.**

Dit protocol is grotendeels gebaseerd op de werkmethode van het Amerikaans onderzoek van Rachel Kermen, John Hickner, Howard Brody en Irma Hasham (2010) waar ik poog een mee vergelijking te maken.
Het doel van mijn masterproef is een zicht krijgen op het gebruik van placebo en placebo-effect in de Belgische huisartsenpraktijk. Maken Belgische huisartsen gebruik van placebo-effect? Welke artsen wel en welke niet (profiel van de huisarts die gebruik maakt van placebo-effect)? Welke overtuigingen zijn er? Welke middelen gebruiken ze hiervoor? Wat zijn de redenen om placebo's voor te schrijven? Wat zijn de ethische hangijzers hieromtrent? Naast een literatuurstudie inzake dit onderwerp, bestaat het onderzoek uit een kwantitatieve retrospectieve studie met behulp van een vragenlijst.

De rekrutering zal gebeuren via twee kanalen, met name via een oproep op de webstek van icho (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen in Opleiding) enerzijds en via verzenden van e-mails naar huisartsenkringen. De vraag naar vrijwillige deelname zal via remindersysteem herhaald worden, dit wordt gepland 2 weken en vervolgens een maand na de eerste oproep.

De deelnemende huisartsen ontvangen naast een vragenlijst ook een introductiebrief met hierin een korte toelichting rond het opzet van de studie, een garantie van anonimiteit bij verwerkingen van de resultaten, evenals een te ondertekenen schriftelijke toestemming.

In de bijlage bevindt zich de vragenlijst die gebruikt wordt. Deze is volledig gebaseerd op het Amerikaans onderzoek, doch aangezien de originele vragenlijst niet (meer) te verkrijgen was, gebeurde dit via reconstructie van de resultaten in het artikel. Er werden enkele aanpassingen gedaan om het onderzoek meer toe te spitsen op de Belgische populatie. De term placebo wordt in het begin van de vragenlijst concreet beschreven als volgt: 'Een substantie zonder gekende specifieke farmacologische activiteit tegen de te behandelen conditie'. Placebo-effect wordt gedefinieerd als 'het therapeutische effect van de verwachtingen of overtuigingen van de patiënt'. De vragenlijst bevraagt artsen over hun gebruik van placebo in de dagdagelijkse praktijk, inclusief frequentie van gebruik, types van behandelingen als placebo ingezet, klinische context waarin placebo gebruikt wordt, informatie die hierbij meegedeeld wordt aan de patiënt en enkele ethische standpunten of bedenkingen.. Er zijn zowel multiple-choice als open vragen. De meerderheid van de multiple-choice vragen bevat de optie 'andere', zodat ook hier een mogelijkheid tot open antwoord blijft. Om vergelijkingen binnen België te kunnen trekken bevat de lijst ook demografische gegevens. Aan het einde van de vragenlijst is er ruimte voor opmerkingen of eventuele aanvullingen/verduidelijkingen.
Na het verwerken van de resultaten wordt er gezocht naar trends binnen België wat betreft leeftijd, geslacht, woonplaats en type praktijk maar anderzijds ook naar verschillen of gelijkenissen tussen de Amerikaanse huisartsen en de Belgische.

**9. IS HET ONDERZOEK**

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ **EPIDEMIOLOGISCH**

**10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?**

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
    NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: . **WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE**

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN)VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL (= FACULTEIT PROMOTOR)

## 12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: NADER TE BEPALEN
D. LEEFTIJD : WERKENDE HUISARTSEN DWZ 26-65J
E. GESLACHT : MAN EN VROUW
F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VIA EEN NIEUWSBRIEF OP DE ICHO-WEBSTEK EN VIA PERSOONLIJKE MAILING IN DIVERSE HUISARTSENKRINGEN.

## 13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

MONDELING :

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? …

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

**14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD**

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

**15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?**

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

**16. VERZEKERING**

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

**17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?**

ZO **JA**, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

VERENIGDE STATEN.

RESULTATEN: ZIE BIJLAGE

VERGELIJKING MAKEN MET BELGISCHE HUISARTSEN

**18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER**

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT

DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

**19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP**:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:
- ❑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

**20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN**

- ❑ JA
- ❑ **NEEN: NIET VAN TOEPASSING**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? ...
B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?
- ❑ JA
- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?
- ❑ JA
- ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

## INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

**21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?**

**22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?**

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …
B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE :
C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …
D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?
   - ❑ JA
     WELKE ? …
   - ❑ NEEN

**23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?**

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

**24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?**

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

   WELKE .....

   OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

   WELKE .....

   OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN :.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

**25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST**

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ❑ NIET VAN TOEPASSING
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

    - ❑ ERELOON:
    - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

| | |
|---|---|
| HUISARTS-IN-OPLEIDING | PRAKTIJKOPLEIDER |
| DATUM : | DATUM : |
| NAAM : | NAAM : |
| HANDTEKENING : | HANDTEKENING : |

| | |
|---|---|
| PROMOTOR | CO-PROMOTOR |
| DATUM : | DATUM : |
| NAAM : | NAAM : |
| HANDTEKENING : | HANDTEKENING : |

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :

NAAM :

HANDTEKENING :

Informatiebrief (Bijlage 1 aanvraag ethisch comité)

Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding vzw

Beste huisarts,

Graag wil ik uw medewerking vragen aan een onderzoek over gebruik van placebo-effect in de Belgische huisartsenpraktijk. De vragenlijst peilt onder meer naar gebruik van placebo an sich, motieven, middelen die als placebo worden ingezet en ethische vragen hieromtrent.
Belangrijk hierbij is de verduidelijking van deze terminologie:

1. Placebo is een substantie zonder specifieke farmacologische activiteit tegen de te behandelen conditie
2. Placebo-effect is het geheel van therapeutische effecten van de verwachtingen en overtuigingen van de patiënt.

De vragenlijst zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Tot slot is er ruimte voor opmerkingen, bedenkingen of extra aanvullingen.

Uw antwoorden zullen anoniem verwerkt worden en de resultaten zullen enkel gebruikt worden in het kader van dit onderzoek.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Katrien Van Campenhout

Voor vragen of opmerkingen over dit onderzoek kunt u terecht bij:

katrien.vancampenhout@student.kuleuven.be

Informed Consent (Bijlage 2 aanvraag ethisch comité)

# Informed Consent

Ik ondergetekende, ....., verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek:

(1) de informatiebrief heb gelezen. Op elk ogenblik wordt me de mogelijkheid geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.

(2) totaal vrijwillig deelneem aan het onderzoek.

(3) de toestemming geef aan de proefleiders om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren.

(4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten.

(5) ervan op de hoogte ben dat ik een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.

Gelezen en goedgekeurd te .....(plaats) op ..... (datum)

Handtekening van participant: ……

Vragenlijst onderzoek (bijlage 3 aanvraag ethisch comité)

# VRAGENLIJST PLACEBO-EFFECT

Placebo = een substantie zonder specifieke farmacologische activiteit tegen de te behandelen conditie.
Placebo-effect = het geheel van therapeutische effecten van de verwachtingen en overtuigingen van de patiënt.

1. <u>Karakteristieken van de deelnemende artsen:</u>

   Geslacht:
   Leeftijd:
   Gemiddeld aantal patiëntencontacten per week:
   Aard van de praktijk:

   - Solo – duo – groep – WGC
   - Stad – platteland

2. <u>Frequentie van gebruik van placebo:</u>

   Hoe vaak gebruikt u placebo?

   a. >10 x /jaar
   b. 1-10 x /jaar
   c. <1 x /jaar
   d. Nooit

   Hoe vaak, denkt u, gebruiken uw collega's huisartsen placebo?

   e. >10 x /jaar
   f. 1-10 x /jaar
   g. <1 x /jaar
   h. Nooit

3. Types behandeling gebruikt als placebo's:

Hoe vaak schrijft u onderstaande behandelingen voor met als voornaamste doel het placebo-effect?

1. Antibiotica
2. Vitamines
3. Kruidensupplementen
4. Medicatie in sub-therapeutische dosis
5. Ibuprofen of andere pijnmedicatie voor symptomen die niet pijn gerelateerd zijn
6. Injecties fysiologische oplossing
7. Bereide placebo-pillen
8. Suiker of artificiële zoetstof
9. Andere:

4. Omstandigheden van Placebo-gebruik:

In welke omstandigheden beoogt u een placebo-effect?

a. Bij een onterechte vraag naar medicatie
b. Wanneer de geïndiceerde behandeling(en) uitgeput zijn
c. Als bijkomende behandeling
d. Bij aspecifieke klachten
e. Om een patiënt te laten stoppen met klagen
f. Als diagnostisch middel (om te differentiëren tussen psychogene en organische oorzaken van klachten)
g. Om de pijn onder controle te krijgen
h. Om tijd te winnen, een periode te overbruggen tot de volgende medicatiedosis
i. Andere:

5. Informatie die gegeven wordt aan patiënten waaraan placebo wordt voorgeschreven:

Geeft u informatie aan patiënten waar u placebo aan voorschrijft? Zo ja, wat zegt u?

Combinaties van onderstaande is ook mogelijk

a. Dit middel zal je helpen en is niet schadelijk
b. Dit is medicatie
c. Niets (Geen informatie)
d. Dit is therapie zonder specifiek effect
e. Dit is placebo
f. Andere:

6. <u>Ethische standpunten bij placebo-gebruik:</u>

Wanneer vindt u placebo-gebruik ethisch verantwoord? Wat is uw standpunt? (meerdere antwoordopties mogelijk)

a. Placebo-tabletten zou categoriek verboden moeten zijn
b. Placebo-gebruik is toegestaan in bepaalde omstandigheden: wanneer de arts verwacht dat de patiënt hier baat bij heeft
c. Placebo-gebruik is toegestaan in bepaalde omstandigheden: wanneer onderzoek de effectiviteit van de behandeling onderbouwt
d. Placebo-gebruik is toegestaan in bepaalde omstandigheden: wanneer je de patiënt verwittigt dat het een placebo-middel is
e. Placebo-gebruik is toegestaan in bepaalde omstandigheden: wanneer de patiënt ingestemd heeft ooit met placebo behandeld te worden
f. Placebo-gebruik is toegestaan in bepaalde omstandigheden: wanneer de ervaring van collega's dit onderbouwt
g. Andere:

7. <u>Gepercipieerde therapeutische waarde van placebo:</u>

Heeft placebo, volgens u, een therapeutisch effect?

a. Ja
b. Nee

Zou u, in bepaalde gevallen, eerder een placebo behandeling aanraden dan geen behandeling?

a. Ja

b. Nee

Welke effecten verwacht u van placebo-effect?

a. Psychische verbetering

b. Fysische verbetering

c. Beide

d. Geen

Bestaat er onderzoek dat de effectiviteit van placebo's onderbouwt?

a. Zelden

b. Soms

c. Vaak

Is dit effect afhankelijk van de ziekte en/of patiënt?

a. Ja

b. Nee

Kruis aan in onderstaande tabel op welk niveau placebo's volgens u effecten hebben:

| **Categorie ziekten** | **Zuiver psychologisch** | **Zuiver fysiologisch** | **Beide** | **Geen** |
|---|---|---|---|---|
| Pijn | | | | |
| Psychisch (emotioneel, mentaal) | | | | |
| Gastro-intestinaal | | | | |
| Seksuele dysfunctie | | | | |
| Herstel verslaving (drugs) | | | | |
| Neurologisch | | | | |
| Reumatologisch | | | | |
| Allergie en andere immuunstoornissen | | | | |
| Kanker | | | | |
| Cardiovasculair | | | | |
| Infectieus | | | | |

8. Process-of-Treatment effect = context-effect: Is het aanbieden van een therapie op zich een meerwaarde voor het genezingsproces?

   Gelooft u dat bepaalde gedragingen, handelingen en gebruiken het placebo-effect onafhankelijk versterken? Welke?

   a. Aandachtig en grondig luisteren naar het verhaal van de patiënt
   b. Bezorgdheid uiten naar de patiënt toe
   c. Klinisch onderzoek (onafhankelijk van diagnostiek)
   d. Extra tijd uittrekken voor de patiënt
   e. Arts-patiënt relatie uitbouwen
   *f.* Een voorschrift maken (onafhankelijk van de voorgeschreven medicatie)
   g. Bidden met de patiënt
   h. Een witte jas dragen
   i. Geen

9. Commentaar:

BIJLAGE 2: Advies ethisch-comité

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. D. DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 05-08-2015

Ons Kenmerk: 2015/169

## ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

**Betreft:**
**Gebruik van placebo-effect in de Belgische huisartsenpraktijk**
**B.U.N. 143201524690**

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief de aangepaste versie van de vragenlijsten, ontvangen op 4 augustus 2015, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van **5 augustus 2015**

**dat de voorziene studie mag ondernomen worden.**

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 05-08-2015

Ons Kenmerk : 2015/169

## MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB (since 08-10-2014)

| Name | Function | Gender |
|---|---|---|
| Prof. Dr. Em. A. Van Steirteghem, PhD | CHAIRMAN<br>UZ BRUSSEL | M |
| Dr. J. Marchand, MD | VICE- CHAIRMAN<br>Pediatrics UZ BRUSSEL | M |
| Dr. Y. Adriaenssens, MD | General Practitioner<br>Van Hoeystraat 7, Mechelen | M |
| Dr. K. Beeckman, PhD | Nursing and Midwifery research group<br>UZ BRUSSEL | F |
| Dr. Apr. V. Caveliers, PhD | Pharmacist<br>UZ BRUSSEL | F |
| Prof. Dr. H. De Boeck, MD | Pediatric Orthopedics<br>UZ BRUSSEL | M |
| Prof. Dr. J. De Grève, MD | Medical Oncology<br>UZ BRUSSEL | M |
| Prof. Dr. J. De Mey, MD | Radiology<br>UZ BRUSSEL | M |
| Mrs. M. De Win | External Member | F |
| Mr. D. Danschutter | Head Nurse<br>UZ BRUSSEL | M |
| Prof. Dr. P. Lacor, MD | Internal Medicine<br>UZ BRUSSEL | M |
| Prof. Dr. J. Poelaert, MD | Anesthesiology<br>UZ Brussel | M |
| Prof. Dr. C. Schotte, PhD | Clinical Psychology<br>UZ BRUSSEL | M |
| Prof. Dr. J. van der Werff ten Bosch, MD | Pediatrics<br>UZ BRUSSEL | F |
| Prof. Dr. T. Vanhaecke, PhD | Toxicology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB | F |
| Dr. L. Wostyn, MD, Master of Laws | Master of Laws VUB<br>External member | M |

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote

BIJLAGE 3: Open antwoorden

Welke van onderstaande behandelingen hebt u al voorgeschreven met als voornaamste doel het placebo-effect?

- Traumeel
- Sedistress
- Communicatie als placebo?
- Betahistine bij niet meniere duizeligheid
- Siroop obv planten voor hoest, probiotica
- H2-antihistaminica
- Fysiologisch IM
- Betahistine
- Hoestsiroop
- Afh van patient. Vbn overtuigd werking traumeel, overtuigd van werking betahistine ed
- ik beschouw alleen de drie laatste als (echte) placebo
- ik zou misschien eens vitaminen voorschrijven, maar tot nu toe heb ik dat nog niet gedaan.
- hoestsiropen, kinesitherapie, antidepressiva in eerste lijn
- verderzetten placebo opgestart door psychiater
- kine
- Alle zelfzorg waar pt al baat bij heeft gehad, variërend van iets om in te nemen tot geur tot bad tot massage tot oefeningen
- melatonine
- hoestsiroop volwassen
- acupunctuur
- hoestsiropen/mucolytica
- homeopathische middelen

In welke omstandigheden beoogt u een placebo-effect?

- Om stress te verminderen of ipv slaapmedicatie
- Wanneer patiënt zelf iets ondersteunend, niet bepaald genezend, vraagt
- Indien de patiënt voor een zelflimiterende aandoening toch medicatie wenst
- Als er geen andere therapeutische optie is
- Bij specifieke vraag naar vitamines
- Als patiënt overtuigd is van een onschadelijk ethisch te verantwoorden product;
- Wanneer de patiënt dit vraagt
- Als bijkomend middel bij slaappatroonaanpassing
- Wanneer patiënt vraagt naar vitaminen
- Op vraag van de patiënt (bv ouders die Lysomucil vragen voor hun kind)
- Bij patiënten met sterke verwachting naar medicatie
- Bij alles waar geen evidence is voor snellere genezing met medicatie
- Om slaapmedicatie te vermijden bij een hoogbejaarde patiënte in een RvT
- Op het einde van een afbouwschema van slaapmedicatie of andere verslavende medicatie
- Om gewoonte aan te houden bij mentaal geretardeerde patiënte vb krijgt elke avond een bruistablet dafalgan = wordt nu een bruistablet vitamines
- Om een verslaving aan kalmeermiddelen of slaappillen tegen te gaan, als mensen de neiging hebben om het aantal pillen steeds te verhogen
- Op vraag van ouders wanneer zij overtuigd zijn dat klachten psychogeen zijn

Geeft u informatie aan patiënten waar u placebo aan voorschrijft? Zo ja, wat zegt u?

- Ik geef uitleg over eventuele placebo behandelingen die de patiënt al neemt en probeer hen dit af te raden, zeker in situaties waar geld van belang is.
- ik benadruk de beperkte wetenschappelijke evidentie wat genezing betreft (dus eerder eventueel ondersteunend) en het onschuldige karakter
- Dit is niet evidence bases, maar helpt soms wel bij deze klachten
- ter ondersteuning, maar gaat het probleem niet oplossen
- We zullen dit eens proberen, soms helpt het patiënten, maar er is nog geen wetenschappelijk bewijs dat het zeker werk
- Ik meld dat bij banale infecties klachten ook overgaan zonder iets te nemen. Dan kunnen ze kiezen of ze al dan niet iets wensen.
- Nog niet echt gekend, maar bij andere patiënten goede resultaten
- Het is niet zo sterk maakt soms verschil, soms ook niet
- het kan geen kwaad en kan helpen
- medicatie kan helpen maar kan ook niet helpen
- Wisselende communicatie, afhankelijk van de situatie en gericht op de vraag van de patiënt
- Uitlegd wordt id overgrote meerderheid vd gevallen adequaat verschaft.
- Dat het mogelijk effectief is
- Dit kan misschien helpen
- Hier zitten kruiden in die uw rustiger gaan maken zodat het slapen beter lukt
- Bij gevarieerde voeding heeft u geen extra vitaminen nodig
- Iets in de trend van: "er is geen wetenschappelijk bewijs dat dit werkzaam is, maar sommige mensen zijn er goed mee geholpen"
- 'Je kan dat proberen'
- Indien mensen reeds ++ effect hebben ervaart met een bepaald product, ga ik dit niet afbreken, wel geef ik voorlichting over beperkte evidentie
- Dit gaat vanzelf over, is lastig, wat kan je helpen, wat doet deugd? Ev suggestie ahv voorbeeld. Patiënt empowerment is essentieel hierbij. Niet ik, maar hij/zij is expert om te voelen wat goed doet
- kan helpen, maar kan ook niet helpen
- werkt niet bij iedereen, mogelijks wel bij jou
- Baat het niet schaadt het niet
- probeer dit, is zeker niet schadelijk, kan zijn dat het helpt
- Ik beloof niet dat dit uw klachten zal doen verdwijnen, maar we kunnen het proberen.
- misschien helpt het misschien ook niet
- heb gemerkt/gehoord dat dit goed werkt
- We kunnen met deze medicatie proberen en zien of je er beter van wordt.
- Dit middel helpt bij sommige patiënten en heeft geen bijwerkingen.
- Dit middel heeft geen wetenschappelijk bewezen effect maar helpt bij bepaalde patiënten en is niet schadelijk

Wanneer vindt u placebo-gebruik ethische verantwoord? Wat is uw standpunt?

- Placebo vind ik terecht wanneer als uitsluitingsdiagnose en psychosomatisch probleem aanduidt, kan dit voorgesteld worden aan de patiënt (doch oppassen niet te duur middel voor te schrijven als 'placebo')
- demente patiënten die vaak om medicatie vragen bv.
- Ok als cf supea ethisch te verantwoorden, onschadelijk en goedkoop en indien de patiënt zich er beter door voelt
- indien dit maatschappelijk ok zou zijn en ptn weten dat dit een even goede therapie kan zijn
- communicatie en eerlijkheid is beter dan placebo. ik vind het niet verantwoord, maar categoriek verboden is mss wel te sterk

- Placebo gebruik is door iedereen onbewust vaak gebruikt, maakt onderdeel uit van zelfzorg en is waardevol wanneer er geen afhankelijke relatie met hulpverlener door ontstaat
- Placebo-gebruik moet zoveel mogelijk worden vermeden, enkel in heel specifieke situaties kan het overwogen worden, maar steeds moet men zichzelf de vraag stellen of men niet beter het gesprek met de patiënt aangaat
- bij het afbouwen van verslavende middelen is de laatste stap het moeilijkst, om deze te helpen stoppen schrijf ik op het einde wat placebo (afbouwen gebeurt ook in gelules)
- mijn persoonlijke mening is dat medicalisering in de hand werkt, dus ik ben er niet voor
- geen mening, ik heb hier nog nooit echt aan willen denken

Gelooft u dat bepaalde gedragingen, handelingen en gebruiken het placebo-effect onafhankelijk versterken? Welke?

- Prijs van het geneesmiddel
- Aandacht en pt aan het werk zetten om constructen te vormen rondom aandoening is relaterend en daardoor helend
- geloof/hoop uitstralen in verbetering door de therapie
- ik probeer mijn hersenen steeds uit-te-wringen om nog oplossingen te vinden. Het kan zijn dat Placebo helpt, maar ik maak er (niet vrijwillig)geen gebruik van.

Commentaar:

- Is medicatie voorschrijven, waar beperkte evidentie voor is, ook placebo? Want zo ja: dan schrijf ik wel placebo voor.
- Ik ga in op de wens of vraag van patiënt met de nadruk op het eigenlijke doel of de weinige evidentie. Ik geef niets om iets te geven, zeker niet zonder uitleg. Wel kan ik bepaalde patiënten vragen begrijpen, ook dat ze niet altijd een uitleg willen of kunnen horen - deze wens respecteer ik dan ook. Ik heb voornamelijk geloof in placebo-effect als de patiënt hier in gelooft en dit zelf benadrukt of als patiënt een stap voor medicatie vraagt, een ondersteuning meer dan een genezing.
- Dit is volgens mij wel afhankelijk van patiënt tot patiënt. Sommigen zullen deze zaken belangrijk vinden, andere niet.
- Aandachtig luisteren, de relatie uitbouwen en extra tijd uitrekken zullen uiteraard de outcome verbeteren maar volgens mij geen invloed hebben op het placebo.
- Waarschijnlijk zal iedere handeling een versterkend effect kunnen hebben. Omgekeerd dat dit ook een verzwakkend effect hebben wanneer 'te'
- Eigenlijk gebruiken we het placebo effect zeer vaak, want als we middeltjes voorschrijven voor hoest is er enkel melk met honing die zwart op wit bewezen heeft te werken. Anders gebruik ik niet bewust placebo, tenzij bij sommige patiënten(meestal met een psychische VG) die met een vage klacht afkomen, waar uit onderzoek gebleken is dat er geen echte oorzaak is.
- Andere:
  lange wachttijd voor het geneesmiddel
  geneesmiddel niet vrij verkrijgbaar
- Placebogebruik is vooral interessant bij een juiste combinatie van patiëntpersoonlijkheid, indicatie en therapeutische relatie. Fysiologische werkzaamheid lijkt me enkel mogelijk secundair aan psychologische werkzaamheid, meest op aandoeningen waar het fysiologisch verloop duidelijk oiv is van het psychologisch aspect (bvb placebo tegen examenstress -> niet meer braken of diarree hebben). Functionele MRI onderzoeken en volgende technologieën zullen ons hier waarschijnlijk steeds meer "onderbouwing" kunnen geven voor deze therapeutische effecten.
- Ik vond de enquête niet zeer duidelijk. Waar ik nooit placebo-medicatie voorschrijf ga ik wel coaching, overtuiging, geruststellen, handelingen stellen, extra tijd uittrekken enzovoort als placebo gaan beschouwen. In se is er geen therapeutisch effect van al deze zaken behalve het geloof en vertrouwen in de autoriteit die de handelingen stelt. Dat is voor mij bijna de essentie van het placebo effect.

- AB bij virale infecties kan je m.i. moeilijk 'placebo' medicatie noemen. Dat is overbodige medicatie, maar de grens tussen wel dan niet AB is niet altijd heel duidelijk.
- Ik vind dat placebo's slechts in zeer beperkte omstandigheden gebruikt zouden mogen worden en dat de patiënt op de hoogte moet zijn dat de medicatie waarschijnlijk geen therapeutisch effect heeft. Ook dient er steeds aan een juiste diagnostiek en behandeling gedaan te worden. Los daarvan denk ik dat het placebo-effect ook een effect is en dat het dus wel vaak mensen kan helpen, vnl. met aspecifieke klachten.
- Ik gebruik regelmatig Vitamine D supplementen bij klachten van vermoeidheid zonder veel evidence hiervoor.
- Aandachtig luisteren en bezorgdheid uiten zijn belangrijk en zullen bijdragen tot genezing, maar niet tot het versterken van placebo volgens mij
- Je kan hierin ver gaan, sommige artsen hebben een "hypnotisch effect" op hun patiënten en ook "Is there anything in being positive" zie ook onderzoek bij longkanker patiënten naar het wel of niet meedelen van een diagnose: de groep bij wie de ontkenning gerespecteerd wordt en waarbij men steeds in de positiviteit blijft staan overleeft langer dan de groep waarbij men confronteert.
- Placebo wordt door iedereen toegepast en moet niet alleen maar in de medische context gezien worden. Het helpt wel, maar werkt niet. Een kusje op de knie door de moeder bij een kind dat gevallen is, is het mooiste voorbeeld. De kneuzing is er maar het kind heeft geen pijn meer. Het heeft vertrouwen in goede afloop, kan ontspannen en voelt zich daardoor beter, het accepteert de pijn. Ik ben voorstander van hét uitbreiden van ons 'arsenaal' met het aanspreken van zelfzorgtechnieken die vaak cultureel bepaald zijn, natuurlijk is het ons vak om te beoordelen of de aandoening dit toestaat en zo weinig mogelijk commercieel daarin te zijn. Dus geen dure homeopathie of antroposofie middelen waar niemand iets van snapt en de patiënt alleen afhankelijk door wordt, wel werken met het hart en vanuit vertrouwen, in de mate van de mogelijkheden van die patiënt in zijn/ haar context op dat moment.
- Als je investeert in luisteren naar je patiënt, in het opbouwen van een goede arts - patiënt relatie en in een compassionele houding tov je patiënt hoef je geen toevlucht te nemen tot het voorschrijven van placebo's.
- Ik probeer altijd eerlijk te zijn naar de patiënt toe. Behandelingen die niet werken, moeten niet worden voorgeschreven. Mits goede communicatie over het natuurlijk verloop van de ziekte en uitleg over het beperkt/verzachtend effect van sommige medicatie lukt dat vrij goed. Ik schrijf geen placebo voor, tenzij bij die ene patiënte in het rusthuis, waar een placeboslaappil haar beter doet slapen, en zo de schadelijke effecten van benzo's worden vermeden. Zij is cognitief te zwak om een andere interventie rond slaappillen te begrijpen.
- Niet dat ik deze zaken allemaal doe :) maar een persoonlijke aanpak, dat de patiënt zich begrepen voelt, met een goed gevoel buitenkomt, zijn emoties rond de aandoening heeft kunnen uitspreken, of zijn emoties kon kanaliseren kan zeker in enige mate bijdragen aan een (psychische) verlichting van de ziekte/klachten. Ik denk enig onderzoek (niet dat dit steeds ethisch verantwoord is) tussen placebo starten en niets doen, zal de patiënt al beterschap brengen. 't is in de hersens namelijk toch een niet begrepen boeltje van het ene dat op het ander effect heeft. Wonderlijk.
Spijtig ik van sommige mensen hoor dat bepaalde huisartsen hun patiënten reduceren tot zuiver therapie en behandeling, met superbeperkte anamnese (laat staan het bevragen van ICE), soms zelfs zonder KO de diagnose en behandeling op een afstandje, in minder dan 5 minuten tijd afhandelen. Geen wonder dat homeopathie bij sommige mensen populair is. Voor mij teken aan de wand dat de klassieke geneeskunde op bepaalde gebieden tekortschiet, spijtig genoeg.
- Moeilijk om dit zo zwart wit in te vullen. De arts is soms het placebo zelf en dat staat er nergens in. Ik heb soms patiënten die zeggen dat als ze buiten gaan zich al beter voelen dit heb je nergens bevraagd.
- Het gebruik van vitamines e.d. is volgens mij geen placebo.
Je bevraagt of placebo-effect afhankelijk is van de patiënt en van de ziekte, maar niet van de voorschrijvende arts. Dit lijkt me de belangrijkste factor, niet?
De reden waarom ik het niet gebruik is omdat ik het zeer moeilijk vind om met overtuiging kracht toe te dichten aan een middel dat misschien niet zal werken. Door volledige informatie te geven ondermijn ik daardoor het placebo-effect dat ik beoog.

Werkt placebo ook als de patiënt weet dat het placebo is? Als het antwoord op die vraag JA is, zal ik minder weerstand hebben tegen het gebruik van placebo.
- Bidden en witte jas kunnen bij sommige patiënten gunstig effect hebben, al gebruik ik dit zelf niet
- Ik probeer zowel in mijn privéleven als in mijn praktijk rechtuit te zijn. Dit is de reden waarom ik geen placebo voorschrijf.
- Ik ben bang dat als we placebo gaan gebruiken het beeld van de geneeskunde/ de arts, dat wij overal een oplossing voor hebben, verder gaan versterken. We moeten kunnen erkennen dat we soms geen oplossing kunnen bieden. Ik streef er naar om de patiënt het geloof in zichzelf/ vertrouwen in de eigen genezingskracht terug te (laten) vinden en probeer patiënten te begeleiden bij de aanpassing aan een leven met een onbehandelbare ziekte....
- Een bijkomend nadeel kan ook zijn dat het vertrouwen van mensen in de arts geschaad wordt, wanneer bekend wordt dat hij/zij "suikerpillen" voorschrijft. Dit kan maken dat patiënten bepaalde nuttige behandelingen gaan weigeren: " het zullen wel weer suikerpillen zijn, want ik voel nog geen betering, dus ik stop"....
- Bovenstaande antwoorden zijn niet algemeen geldig , maar zie ik eerder afhankelijk van de specifieke patiënt.
- Ik probeer mijn hersenen steeds uit te wringen om tot een oplossing te komen. Zelf heb ik er nooit aan gedacht om een Placebo voor te schrijven