

# Verslag Conferentie Complementaire Zorg in Nederland

25 november 2004

## Inleiding

Op 25 november 2004 organiseerde het Forum Complementaire Zorg een invitational conference over complementaire zorg in het Duinlust Vitality Resort in Overveen. Genodigden waren vertegenwoordigers van verschillende sectoren in de zorg: zorgverzekeraars, onderzoekers, managers uit zorginstellingen, de overheid, verpleegkundige opleiders en beroepsorganisaties (zie bijlage).

De conferentie richtte zich op de vraag: wat kunnen wij leren van de inzichten die elders op het gebied van CAM en complementaire zorg zijn opgedaan en welke stappen kunnen worden gezet om helderheid te scheppen omtrent de keuzen die nu dienen te worden gemaakt met betrekking tot opleiding, voorlichting, implementatie en onderzoek in de Nederlandse situatie?

Het Forum Complementaire Zorg bestaat uit een groep professionals die actief zijn in de zorg als behandelaar, opleider, onderzoeker of organisatie-adviseur en die zowel de reguliere als complementaire zorg een warm hart toedragen.

Het Forum heeft eerder een notitie uitgegeven (*Complementaire Zorg in Nederland: pleidooi voor implementatie, opleiding, voorlichting en onderzoek*), die aan de genodigden is meegestuurd.

De conferentie is mogelijk gemaakt door de steun van Het Johan Borgman Fonds en het Duinlust Vitality Resort.

In dit verslag treft u achtereenvolgens aan:

- 1 korte inleiding tot en plaatsbepaling van complementaire zorg
- 2 samenvatting van de presentatie van Prof. Dr. T.Kaptchuk
- 3 samenvatting van de presentatie van M. Busch
- 4 bevindingen en aanbevelingen van de discussiegroepen
- 5 uitwerking van de aanbevelingen

## 1 Plaatsbepaling complementaire zorg

Onder het Nederlandse publiek is er sprake van een toenemende belangstelling voor alternatieve en aanvullende benaderingen in de zorg. Ook onder zorgverleners groeit de belangstelling voor aanvullende zorgvormen. Bij de aanbieders zien we een duidelijke tendens in de richting van vraaggestuurde zorg. De consument, patiënt en verzekerde mag steeds vaker zelf aangeven welke zorg hij of zij wenst te ontvangen.

Betekent dit echter dat 'anything goes'? Voor beleidsmakers van zorginstellingen, zorgverzekeraars en de overheid is het, te midden van het grote en verwarrende aanbod van alternatieve behandelvormen, niet eenvoudig te bepalen welke daarvan wel of niet zullen worden aangeboden. In ons land bestaat soms de neiging om dan maar te polariseren en in zwartwit termen te gaan denken. Daarmee dreigt het kind met het badwater te worden weggegooid. Een meer werkbare manier om de discussie te voeren is door een scheiding aan te brengen in het brede gebied van alternatieve behandelvormen en zich te richten op het domein van de complementaire zorgvormen. Complementaire zorg (CZ) omvat een aantal zorgvormen ontleend aan de traditionele of alternatieve behandelwijzen die mogelijk een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van leven, het comfort en het welbevinden van patiënten. Meestal gaat het om eenvoudige interventies die goed inpasbaar zijn in onze huidige gezondheidszorg, zoals eenvoudige massagevormen, werken met geuren en muziek, ontspanningsoefeningen of therapeutisch touch. Zij zijn bedoeld om het zelfhelende vermogen van de patiënt te ondersteunen, te stimuleren of te activeren en expliciet niet bedoeld om te genezen. CZ is dus geen alternatief voor de reguliere zorg. Patiënten voelen zich er beter bij en zorgmedewerkers passen ze graag toe omdat ze weer iets kunnen doen voor mensen in situaties waar ze vaak met

lege handen staan.

Door het beste dat de reguliere en complementaire benaderingen te bieden hebben te combineren kan de kwaliteit van de gezondheidszorg aantoonbaar worden verbeterd. Dit geldt met name (maar niet uitsluitend) wanneer de standaardgeneeskunde geen afdoende antwoord meer heeft op de klachten van patiënten, zoals in het geval van chronische ziekten en bij die ziekten waarbij geen genezing meer mogelijk is. Met name door de VS en Groot-Brittannië worden aanzienlijke onderzoeksinspanningen geleverd om de meerwaarde van deze zorgvormen in kaart te brengen. Daar zijn inmiddels ook strategische keuzen gemaakt en 'best practices' ontwikkeld omtrent de geïntegreerde toepassing van reguliere en complementaire werkwijzen. Wij zijn van mening dat de verantwoordelijke Nederlandse beleidsmakers met deze kennis en ervaring hun voordeel kunnen doen.

## 2 CAM in de Verenigde Staten

Prof. Dr. Ted Kaptchuk, hoogleraar aan Harvard Medical School hield een inleiding over hoe complementary and alternative medicine (CAM) zich de afgelopen 10 jaar in Amerika heeft ontwikkeld en daar maatschappelijke en wetenschappelijke acceptatie heeft verworven. Kaptchuk is tevens adviseur voor het Amerikaanse Nationale Centrum voor CAM (NCCAM). Op dit moment wordt in de VS jaarlijks ongeveer 230 miljoen dollar aan CAM-onderzoek uitgegeven. Hieronder volgt een korte samenvatting van zijn presentatie.

Sinds enkele jaren adverteren grote ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld het Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York, met alternatieve en complementaire behandelwijzen. Aan deze keuze liggen verschillende argumenten ten grondslag. Allereerst willen zorginstellingen zo meer patiënten werven. Uit meerdere studies blijkt namelijk dat 34-42% van de Amerikanen gebruik maakt van een of meerdere vormen van CAM (Eisenberg 1993 en 1998, Barnes 2004). Als bidden meegerekend wordt als alternatieve behandelwijze gaat het zelfs om 62% van de bevolking. De meest gebruikte vormen van CAM zijn: kruiden en (voedings-)supplementen, mind-body technieken, massage, yoga, chiropractie, voedingstherapieën en acupunctuur. In totaal wordt door Amerikaanse patiënten per jaar ongeveer 27 miljard dollar aan alternatieve en complementaire geneeswijzen uitgegeven.

De patiënt vraagt duidelijk om CAM en in een systeem van vraaggestuurde zorg is dat een zwaarwegend argument, temeer daar de medische autoriteit in de loop der jaren enigszins lijkt af te zwakken en medische instituties grenzen beginnen te ervaren aan hun macht.

De keuze van ziekenhuizen om CAM aan te bieden hangt echter ook samen met een cultuurverschuiving. Naast de joods-christelijke spirituele traditie ontstaat bij het publiek toenemende ruimte en belangstelling voor andere vormen van spiritualiteit. De achtergrondfilosofie en theoretische uitgangspunten van CAM-therapieën sluiten aan bij de hedendaagse postmoderne diversiteit aan culturele normen, met centrale begrippen als de kracht van de natuur, vitale energie, samenhang tussen lichaam en geest en het belang van spiritualiteit voor de gezondheid.

De keuze voor CAM binnen reguliere zorginstellingen heeft vooral te maken met deze factoren en *niet* met de wetenschappelijke onderbouwing ervan. Voor de meeste CAM-therapieën is die namelijk niet overtuigend. Alleen mind-bodytechnieken zijn 'evidence based', de meest recente yoga-studies zijn ook positief en voor acupunctuur zijn de resultaten op z'n minst multi-interpretabel. Alle andere CAM-therapieën zijn niet bewezen effectief volgens de gouden standaard van de random clinical trial (RCT). Overigens leiden de holistische uitgangspunten van CAM-therapieën wel tot vragen omtrent een correcte controle binnen een onderzoekopstelling en omtrent de mate waarin de RCT al dan niet geschikt is om de werkzaamheid van deze therapieën vast te stellen.

Als Amerikaanse patiënten gevraagd wordt wat zij zouden doen als de overheid zou meedelen dat voedingssupplementen en kruidenpreparaten ineffectief zijn, dan geeft 71% aan dat zij de supplementen gewoon zouden blijven gebruiken (Blendon 2001). Dus ook voor patiënten is de 'evidence' niet de reden om CAM-therapieën te gebruiken. Kan het zijn dat sommige CAM-therapieën het placebo-effect versterken? Meerdere studies geven aan dat CAM-therapieën even goed scoren als placebo, maar ook dat een placebo soms evengoed scoort als de reguliere therapie (bijvoorbeeld fysiotherapie of pijnmedicatie). Mag je een patiënt met chronische nekpijn die geen diazepam mag innemen vanwege onaanvaardbare bij-effecten acupunctuur onthouden als dat een versterkt placebo-effect kan bewerkstelligen? Onderzoek naar CAM roept vragen op die ook voor de reguliere geneeskunde interessant zijn.

Er is dus een groot verschil in beleving en opvatting tussen de patiënt en de arts (en diens instituties) als het gaat om CAM. Hun visies sluiten elkaar uit op het gebied van 'evidence' voor de toepassing van CAM. Hoe kunnen ze elkaar dan wel tegemoet komen?

Een ontmoeting kan plaatsvinden op het smalle pad van de overeenkomsten: beide benaderingen willen schade vermijden, hebben respect voor de autonomie en keuzevrijheid van de patiënt en hanteren dezelfde professionele en ethische standaarden. Verder is het belangrijk om vast te stellen of CAM-therapieën veilig zijn en realiseren artsen zich dat het niet zinvol is om het geloofssysteem van de patiënt te ondermijnen. CAM daagt bovendien uit om te zoeken naar fundamentele mechanismen die betrokken zijn bij genezing en dat is ook interessant voor de reguliere

geneeskunde. CAM-therapieën komen verder tegemoet aan de groeiende behoefte aan gezondheidsbevordering en preventie en ook op dat gebied kan samenwerking ontstaan. De reguliere, wetenschappelijke geneeskunde realiseert zich tegelijkertijd steeds meer dat wetenschap niet de enige waarheid is, dat niet alle ziekten en niet alle zieken te genezen zijn en dat er ook een subjectieve, persoonlijke kant aan gezondheid zit. Een pluralistisch model van geneeskunde lijkt de wenselijke toekomst.

#### —Literatuur

- Blendon et al, *Arch Intern Med* 2001; 161:805-810
- Eisenberg DM et al. *NEJM* 1993; 328:246-252
- Eisenberg DM et al. *JAMA* 1998; 280: 1569-1575
- Barnes et al. *NHIS*, CDC No 343, 2004

### 3 Complementaire zorg in Nederland

Martine Busch, directeur van het Van Praag Instituut, ging hierna in op de Nederlandse situatie, waar een onderscheid gemaakt wordt tussen CAM en complementaire zorg. Hieronder volgt een samenvatting van haar presentatie.

Nederland is uniek in het maken van dit onderscheid tussen complementary and alternative medicine (CAM) en complementaire zorg (CZ). Kern van het onderscheid is het feit dat CAM-therapieën therapeutisch gericht (cure) zijn, terwijl CZ-vormen vooral ondersteunend zijn bedoeld, met name om patiënten ontspanning te laten ervaren.

<b>CAM</b>	<b>CZ</b>
<i>Complementair of alternatief</i>	<i>Alleen complementair</i>
<i>Therapeutisch (cure)</i>	<i>Alleen ondersteunend (care)</i>
<i>Behandelwijze: eigen diagnostiek, interventies en evaluatie</i>	<i>'Losse' interventies</i>
<i>Veronderstelt een eigen beroepsopleiding</i>	<i>Wordt toegepast binnen een bestaand beroep (verpleging, verzorging, fysiotherapie, etc.)</i>

In Nederland bekende CAM-therapieën zijn: homeopathie, natuurgeneeskunde, voeding, traditionele Chinese geneeskunde (waaronder acupunctuur) en paranormale therapie. Veelgebruikte vormen van CZ zijn: vormen van massage, werken met kruiden, werken met geuren (aromatherapie), werken met muziek, ontspannings- en visualisatie-oefeningen en therapeutisch touch.

CZ heeft zijn wortels in CAM en deelt dus dezelfde achtergrondfilosofie, waarin begrippen als holistische mensvisie, uniciteit van de mens, zelfhelend vermogen, interconnectedness, aandacht en intentie en groei en ontwikkeling centraal staan.

Eigenlijk weten we niet zoveel van CZ in Nederland. Hoeveel zorgverleners zijn bijvoorbeeld geschoold in een of meerdere vormen van CZ? Alleen van therapeutisch touch zijn cijfers bekend: sinds 1993 zijn een kleine 3000 mensen opgeleid in deze verpleegkundige interventie; 64% van een ondervraagde groep TT-beoefenaren past TT ook toe op het werk, met name voor ontspanning, pijnverlichting en angstvermindering. Van andere CZ-interventies weten we dat niet. Hoeveel zorginstellingen staan dat toe of hebben beleid op dit gebied?

Bovendien is nog weinig bekend over de effectiviteit van de verschillende CZ-vormen; onderzoek in Nederland wordt nauwelijks gedaan en resultaten van internationaal onderzoek bereiken de Nederlandse gezondheidszorg niet. En welke behoefte hebben cliënten eigenlijk op dit gebied, wat doen zij zelf aan CZ?

Wat we wel weten is dat het CAM-gebruik internationaal gezien toeneemt en dat de Wereld Gezondheidsorganisatie nationale regeringen heeft opgeroepen om beleid ten aanzien van CAM te ontwikkelen. Want wereldwijd maken meer mensen gebruik van wat wij CAM noemen (in ontwikkelingslanden is de traditionele geneeswijze vaak de 'reguliere' primaire zorg en in westerse landen maakt 30-70% er gebruik van) dan van de westerse geneeskunde. In Nederland zien we een toename van de scholingsvraag naar complementaire zorg, zowel individueel als op het niveau van zorginstellingen. Het aantal (kleine) projecten met CZ neemt toe, evenals het aantal zorgopleidingen (mbo en hbo) dat gastlessen of een module CZ aanbiedt. In een studie uit 2002 onder bezoekers van een aantal congressen over CZ wor-

den 48 projecten met CZ gemeld. Enkele voorbeelden daarvan zijn:

- verpleeghuis De Rustenburg in Bergschenhoek dat therapeutic touch invoert,
- de katholieke verplegings- en verzorgingsinstellingen Rotterdam (KVV) die massage, werken met geuren en muziek in meerdere huizen gefaseerd invoeren,
- de palliatieve unit van de Erasmus MCDaniel Den Hoed kliniek waar gezichtsmassage is onderzocht en wordt aangeboden,
- de Mondriaan Zorggroep in Heerlen (psychiatrische zorgverlening) die oudere patiënten snoezelen met complementaire zorgvormen (massage, werken met geur en muziek en therapeutic touch) aanbiedt, en
- het Mondriaan College in Den Haag dat een leergang complementaire zorg heeft ontwikkeld.

Verder bestaat in Nederland de Vereniging voor Complementaire Verpleegkundigen, die aangesloten is bij de AVVV, de koepel van verpleegkundige beroepsverenigingen.

Complementaire zorg in Nederland is een ontwikkeling vanaf de werkvloer. Individuele zorgverleners laten zich scholen in CZ, werken ermee op de afdeling, al dan niet gedoogd door het afdelingshoofd en/of het hoger management. Het management beschikt vaak niet over kennis met betrekking tot de ontwikkeling en inhoud van CAM en complementaire zorg en heeft dus ook geen (beleids)visie over dit thema. 'De werkvloer' en 'het management' bereiken elkaar hierover zelden naar tevredenheid. Wat hebben beleidsmakers en managers in de zorg nodig om een beargumenteerd antwoord te geven op deze ontwikkelingen?

Om een begin te vinden werden de deelnemers aan de conferentie uitgenodigd te discussiëren over de vraag wat er nodig is vanuit het perspectief van vraaggestuurde zorg, vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg en vanuit het perspectief van evidence based handelen.

## 4 Bevindingen en aanbevelingen van de discussiegroepen

### a —Vraaggestuurde zorg

- 1 Uit de werkgroep 'vraaggestuurde zorg' noteerden we dat complementaire zorg en CAM beladen termen zijn. Een belangrijk deel van CZ gaat echter over normale menselijke zorg voor elkaar. Daarmee komen we in een grotere maatschappelijke discussie terecht over hoe we voor elkaar zorgen en hoe we met elkaar omgaan. Bij goede zorg hoort bijvoorbeeld ook het wegnemen van angst. Noem het niet meteen therapeutisch of complementair, zo werd gezegd, CZ hoort bij het totale pakket van normale, fatsoenlijke zorg.
- 2 De patiënt moet wel weten waar hij voor kiest, dus het verstrekken van goede voorlichting is belangrijk, maar dan zonder het gebruik van beladen termen. Zo is er muziektherapie, het therapeutisch specialisme, en het gewoon 'samen genieten van muziek'. Spreek niet over aromatherapie maar over het 'werken met geuren'. Het is aan de zorgaanbieder om deze voorlichting te geven.
- 3 De kunst is ook om de inhoud van complementaire zorg te vertalen naar de verschillende groepen van belanghebbenden, zodat zij de meerwaarde voor de eigen groep kunnen herkennen. Voor het management kan CZ economische meerwaarde hebben via het terugdringen van ziekteverzuim en personeelsverloop. Voor verpleegkundigen houdt het de belofte in van grotere tevredenheid en bekwaamheid bij het hanteren van moeilijke verpleegproblemen. Patiënten genieten van een verhoogd welbevinden en vrijwilligers en mantelzorgers kunnen middels CZ een bredere bijdrage leveren.
- 4 Alhoewel er veel voor valt te zeggen om CZ niet al te zeer te professionaliseren mag niet vergeten worden dat er wel degelijk scholing nodig is. Er zijn ook contra-indicaties en de emotionele gevolgen van interventies moeten wel vakkundig worden opgevangen.

### b —Kwaliteit van zorg

- 1 In de werkgroep kwaliteit werd onderstreept dat de verpleegkundige beroepsgroep een duidelijk standpunt dient in te nemen omtrent complementaire zorg als integraal onderdeel van het verpleegkundig domein. Zij verdient daarbij ondersteuning van het management. Verpleegkundige Adviesraden kunnen daarbij een belangrijke rol spelen.
- 2 De heersende anti-kwak-cultuur onder de reguliere artsen vormt een steeds terugkerend obstakel voor de verspreiding van complementaire zorgvormen in klinische settings. Dit vraagt acties waaronder bijvoorbeeld verrijking van de medische opleidingen via bijstelling van de eindtermen (competenties) van het curriculum en bijscholingsprogramma's waarbij toekennen van accreditatiepunten een belangrijke rol kunnen spelen. Granula, de vereniging van medisch studenten die geïnteresseerd zijn in CAM, vervult hierin een voortrekkersrol en verdient daarbij gesteund te worden.
- 3 Een belangrijke rol is weggelegd voor patiëntenverenigingen. Zij dienen vanuit de vraagzijde een duidelijk standpunt in te nemen met betrekking tot de wensen en behoeften van de gebruikers. In de toekomstige gezondheidszorg bepalen zij immers in toenemende mate wat er uiteindelijk al dan niet wordt aangeboden. Daarin lijkt een rol weggelegd voor de NPCF en diverse patiëntenverenigingen. Ook kunnen de verzekeraars, als representanten van de

verzekerde patiënten een bijdrage leveren.

- 4 Gelet op recente uitspraken door de overheid en inspectie kan op dit ogenblik niet verwacht worden dat daar op korte termijn een wezenlijke omslag zal plaatsvinden met betrekking tot hun standpunt rond complementaire zorg. Gesuggereerd wordt om de komende tijd te investeren in het genereren van data waarmee, op het moment dat die omslag wél plaats kan vinden, het 'nieuwe' beleid ondersteund kan worden.

### c —Onderzoek

- 1 De werkgroep onderzoek wijst op de grote behoefte aan meer onderzoeksgegevens, opdat patiënten en zorgverleners betere keuzes kunnen maken.
- 2 Het onderzoek naar CZ moet aansluiten bij wat algemeen gangbaar is in medisch en verpleegkundig onderzoek. De random controlled trial of RCT (de 'gouden standaard' van het medisch/verpleegkundig effectonderzoek) is in de geneeskunde pas na tientallen jaren ingevoerd als onderzoekseis. Misschien verkeert het onderzoek naar CZ nog in een te pril stadium om deze eis te stellen en is het zinvoller eerst andersoortige studies te doen alvorens bij de RCT terecht te komen.
- 3 Voor het ontwikkelen van een gedegen onderzoeksmethodologie is het enerzijds noodzakelijk om te beschikken over kennis van de verklarende mechanismen. Anderzijds is het mogelijk om te onderzoeken of een interventie de patiënt goed doet, ook al is het onderliggende mechanisme onbekend.
- 4 Onderzoek naar CZ moet ook recht doen aan thema's die binnen CZ geacht worden een rol te spelen, zoals interconnectedness, aandacht en empowerment.
- 5 Het onderzoek naar de psychosociale zorg bij kanker kan richtinggevend zijn voor het kiezen van een onderzoeksmethodologie voor CZ. In beide gevallen lijkt het vooral te gaan om interactie-effecten in de patiënt/therapeut-relatie, die nauw aansluiten bij de zonet genoemde onderwerpen.
- 6 Er is behoefte aan onderzoek naar wat mensen beweegt om een beroep te doen op CZ, naar wat CZ doet aan het activeren van de patiënt in diens ziekte-/herstelproces en wat CZ betekent voor de kwaliteit van leven. Daarnaast zouden speerpunten moeten zijn de veiligheid, meerwaarde, kosten en indicaties/contra-indicaties van CZ.
- 7 Op grond van het voorgaande wordt het wenselijk geacht om een notitie op te stellen, waarin vanuit de perspectieven van patiënten, zorgverleners en onderzoekers geformuleerd wordt aan welke soorten onderzoek behoefte bestaat. Op grond hiervan kunnen prioriteiten gesteld en concrete stappen gezet worden.
- 8 Ook vindt men het zinvol om een kenniscentrum op te richten waar patiënten, zorgverleners, onderzoekers en verzekeraars terecht kunnen voor feitelijke informatie over wat CZ voor hen kan betekenen. Door zo'n kenniscentrum kan gemonitord worden wat er nationaal en internationaal bekend is. Een kenniscentrum kan de betrokken partijen bij elkaar brengen en daardoor de ontwikkelingen op het gebied van CZ bespoedigen. In de jaren negentig is door de Gezondheidsraad een dergelijke aanbeveling reeds gedaan ten aanzien van CAM.

## 5 Uitwerken van de aanbevelingen

Een terugkomende aanbeveling van de discussiegroepen is het oprichten van een kenniscentrum voor complementaire zorg. De initiatiefnemers van de conferentie nemen deze aanbeveling serieus. Het lijkt echter nog te vroeg om nu een volledig toegerust centrum te starten zowel wat de financiering en continuïteit betreft, alsook qua inhoudelijke onderbouwing. De overheid en de beroepsgroep van verpleegkundigen bijvoorbeeld geven CZ (nog) geen prioriteit. Mede geïnspireerd door de conferentie is daarom besloten om gefaseerd toe te werken naar een dergelijk centrum.

Inmiddels is een raamwerk opgesteld van het werkterrein van een te realiseren kenniscentrum. Het streven is nu (januari 2005) om financiering te vinden voor een periode van 3 jaar van de aanstelling van twee medewerkers (samen 1,6 fte + een geringe overhead), die een start gaan maken met de werkzaamheden die van een Kenniscentrum Complementaire Zorg verwacht mogen worden.

In 3 jaar tijd moet dit leiden tot een aantal duidelijk omschreven eindproducten (zoals een website, reviews van interventies, inventarisaties, voorlichtingsmateriaal, etc.) die inzicht geven in:

- 1 de onderzoeksresultaten met betrekking tot de verschillende CZ-interventies,
- 2 de ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan in Nederlandse zorginstellingen,
- 3 de behoeften die er bestaan met betrekking tot complementaire zorg bij patiënten, zorgverleners, en zorginstellingen in Nederland en
- 4 de rol die een Kenniscentrum Complementaire Zorg kan vervullen binnen de Nederlandse gezondheidszorg.

Tevens ligt het in de bedoeling om in deze 3 jaar een aantal eerste inventarisatiestudies te (doen) verrichten. Hiervoor zal aparte financiering worden gezocht.

De keuze voor een dergelijke aanloopperiode is gemaakt om - gegeven de beperkte financiële middelen - tot een zo breed mogelijk draagvlak voor een kenniscentrum te komen. Het is onze verwachting dat we op deze manier tot een

gefundeerde opzet en een heldere beleids- en programmalijn zullen kunnen komen.

Op dit moment worden veelbelovende, oriënterende gesprekken gevoerd met potentiële subsidiegevers voor de aanlooperperiode van 2005-2008.

De initiatiefnemers van de conferentie komen zeker ook terug bij de deelnemers van de conferentie voor hun ideeën, bijdragen, adviezen en mogelijk gezamenlijke projecten.

*Martine Busch (Van Praag Instituut),  
Michel Wysmans (Stichting Maia),  
Adriaan Visser (Helen Dowling Instituut),*

namens het Forum Complementaire Zorg, januari 2005