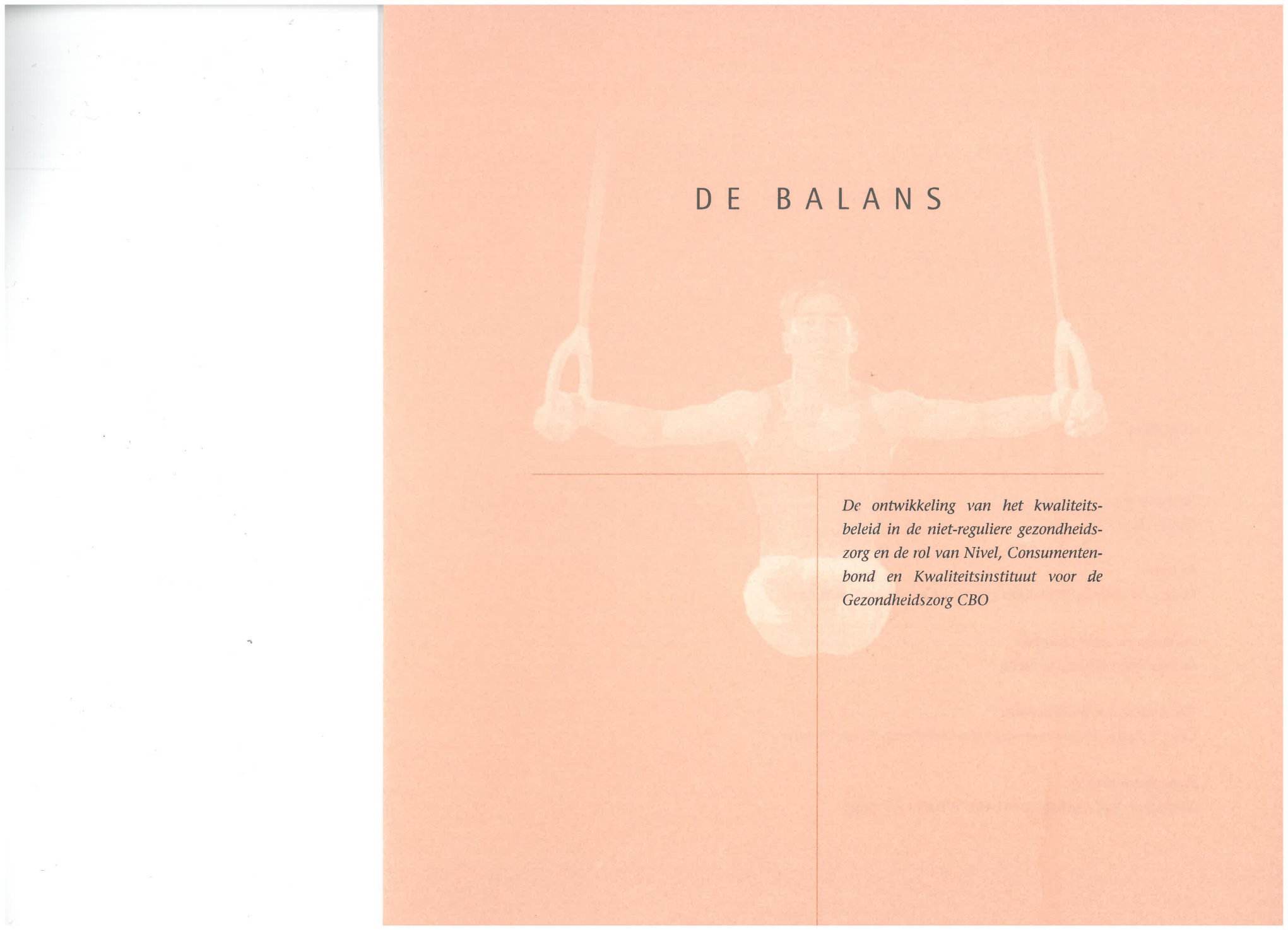


DE BALANS



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

A person is shown from the waist up, sitting on a swing. They are holding the handles of the swing with both hands, and their arms are extended horizontally. The background is a solid, warm orange color. The person's face and upper body are visible, but they are somewhat faded or semi-transparent, blending into the background. The overall mood is calm and balanced.

DE BALANS

De ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de niet-reguliere gezondheidszorg en de rol van Nivel, Consumentenbond en Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

COLOFON

Hoofdredactie:

Grete Visser

Redactie:

Dinny de Bakker, Benedikte van Iersel en Jolanda van Herk

Redactionele ondersteuning:

de Woordenwinkel, Utrecht

'De balans' is een uitgave van:

CBO Utrecht, Consumentenbond Den Haag, Nivel Utrecht

Projectfinanciering:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

INHOUDSOPGAVE

Vooraf	6
Alternatieve behandelwijzen: plaatsbepaling	7
Kwaliteitszorg	10
Samenwerkingspartners: de driepoot	11
Het Nivel: kwaliteit in kaart via het referentiekader	12
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO: de ondersteuning	18
De Consumentenbond: van theorie naar praktijk	20
Kwakzalverij of werkelijk effect: hoe zit het met wetenschappelijk onderzoek?	25
Column: Kruidenbitter	27
De balans	28
Literatuurlijst	36

Vooraf

De overheid streeft naar zo hoog mogelijke transparantie van de gezondheidszorg, ook in het alternatieve veld. Dit geeft patiënten, verzekeraars en overheid inzicht in het handelen en in het gebruik van de niet-reguliere gezondheidszorg. Daarom gaf de overheid het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in 1996 de opdracht de stand van zaken bij de verschillende beroepsverenigingen op te nemen. Bij dat initiatief bleef het niet. De overheid zette ook een stimuleringsbeleid in via twee lijnen. Aan de ene kant toetsing door de Consumentenbond, aan de andere kant ondersteuning van het werkveld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO via het zogenaamde OKAB-Project (Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandel/geneeswijzen). Zo werkten Nivel, CBO en Consumentenbond samen. Een stevige driepoot onder het kwaliteitsbeleid.

Enige duizenden behandelaren leveren een paar honderd varianten alternatieve zorg. Zoveel meningen, zoveel stromingen... is hier sprake van wildgroei? Niet per se. Idealiter kan men spreken van eenheid in verscheidenheid. Verscheidenheid ligt dan in de diversiteit van de behandelwijzen, eenheid in het streven naar meer kwaliteit. Kwaliteit die bovendien meetbaar en controleerbaar is. Wat is er in de drie jaar bereikt? Hoe zit de toekomst eruit? In dit boekje wordt de balans opgemaakt onder een tweeledig motto. Aan de buitenwereld tonen 'kijk eens wat er allemaal bereikt is!' en daarnaast laten zien 'wij moeten verder!'

ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN: PLAATSBEPALING

Er bestaat een grote diversiteit aan alternatieve of niet-reguliere genees- en behandelwijzen in Nederland. Alternatief verwijst naar het feit dat de betreffende vakopleidingen niet aan erkende universiteiten of hogescholen worden onderwezen. Er zijn bekende alternatieve behandelwijzen, zoals acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeswijzen, yoga, antroposofische geneeskunde en paranormale geneeswijzen; er zijn ook minder bekende stromingen waaronder bio-elektrische therapieën, reïncarnatietherapie, rebirthing of zijnsoriëntatie. Niet bij alle alternatieve behandelwijzen is genezing het doel, een aantal is meer gericht op zelfontplooiing en persoonlijke groei. Allen kenmerken ze zich door een holistische denkwijze. Dit houdt in dat ze de mens beschouwen als geheel: lichamelijk, emotioneel en spiritueel. Bovendien richten ze zich niet zozeer op de ziekte, maar op het vermogen van de mens om zichzelf te helen. In georganiseerd verband gaat het om ongeveer 4.000 beroepsbeoefenaren. Ongeveer eenderde van hen is regulier opgeleid als arts, verpleegkundige, fysiotherapeut, diëtist of psychotherapeut. Zij passen alternatieve behandelingen toe, vaak naast hun reguliere beroepsuitoefening. De overigen hebben geen erkende reguliere opleiding in de zorgsector. Naast de georganiseerde beroepsbeoefenaren is er ook nog een onbekend aantal ongeorganiseerde, naar schatting evenveel. We praten in deze uitgave uitsluitend over degenen die zich hebben aangesloten bij één van de circa honderd beroepsverenigingen.

De positie van de alternatieve beroepsorganisaties verandert de laatste jaren. Drie ontwikkelingen zijn hierbij van belang:

- De landelijke wetgeving

Was het onder de oude wetgeving nog zo dat uitoefening van de alternatieve genees- en behandelwijzen illegaal en dus strafbaar was, met de komst van de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) in 1993 is dit veranderd. De wet BIG spreekt alleen van bepaalde handelingen (puncties, injecties e.d.) die zijn voorbehouden aan acht met name genoemde beroepsgroepen, zoals artsen, verpleegkundigen of fysiotherapeuten. Deze vallen ook onder het wettelijk tuchtrecht.

Voor het overige is iedereen vrij om geneeskundige handelingen te verrichten, als hij maar

'verantwoorde zorg' levert. Het toebrengen van schade aan iemands gezondheid is strafbaar. De niet geregelde beroepen - en daartoe behoren de meeste alternatieve verenigingen - zijn zelf verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid. Zij moeten ook zelf het klacht- en tuchtrecht opzetten. In de praktijk spiegelen zij zich aan de wet BIG.

- De rol van de zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars hebben ten opzichte van vroeger meer vrijheid in de zorg die zij kunnen contracteren in het kader van het dereguleringsbeleid van de overheid. Veel zorgverzekeraars hebben inmiddels alternatieve genees- of behandelwijzen in het (aanvullende) pakket opgenomen. De criteria voor het al dan niet opnemen in de polis verschillen per zorgverzekeraar. In eerste instantie stellen zij als eis dat de betreffende beroepsbeoefenaar arts is. Steeds meer echter komen ook niet-artsen voor vergoeding in aanmerking.

- Uitspraken van het Europese Parlement

Naar aanleiding van het "Verslag over de status van de niet-conventionele geneeskunde" van Paul Lannoye heeft het Europese parlement zich in mei 1997 uitgesproken voor een proces van erkenning van de alternatieve genees- en behandelwijzen. Men streeft naar een gelijktrekking van de regelgeving in Europa en naar maximale keuzevrijheid voor de consument.

Deze ontwikkelingen maken dat alternatieve beroepsorganisaties meer dan ooit worden gestimuleerd om de kwaliteitsbewaking goed te regelen en om zich te profileren op kwaliteit.

” Niet bij alle alternatieve behandelwijzen is genezing het doel, een aantal is meer gericht op zelfontplooiing en persoonlijke groei ”

Juridisch kader

Er zijn geen wetten die zich specifiek richten op de alternatieve gezondheidszorg. Wel zijn er naast de BIG enkele andere wetten, waar alternatieve beroepsbeoefenaren mee te maken hebben:

- *De WGBO, Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst*

Deze regelt de rechtspositie van de patiënt, met name het recht op informatie en de vereiste van toestemming alvorens aan de behandeling te mogen beginnen. Ook staan er regels in over dossierplicht, inzage-recht en recht op correctie of vernietiging van de dossiers.

- *De WPR, Wet op de Persoons Registratie*

In deze wet zijn regels opgenomen omtrent het opslaan en bewaren van persoonsgegevens. Praktijken met dossiers die gevoelige gegevens bevatten zoals patiënteninformatie, dienen te zijn aangemeld bij de Registratiekamer.

- *De WKCZ, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector*

Deze regelt het recht van de cliënt om te klagen: iedere hulpverlener of instelling dient klachten van patiënten volgens bepaalde regels te behandelen.

- *De Kwaliteitswet Zorginstellingen*

Hieronder vallen alle instellingen op het gebied van de gezondheidszorg, ongeacht hoe ze betaald worden of georganiseerd zijn. De wet stelt dat de instellingen verantwoorde zorg moeten leveren op basis van bewust kwaliteitsbeleid. De invulling hiervan ligt bij de instellingen zelf, in samenspraak met de zorgverzekeraars en de organisaties van patiënten/-consumenten.

Kwaliteitszorg is van oudsher een belangrijk issue in de gezondheidszorg. Gebeurde dit aanvankelijk vooral bij beroepsgroepen in hun streven naar professionalisering, sinds 1990 houdt de sector zich expliciet bezig met kwaliteitsbewaking en –verbetering via gezamenlijke afspraken die daarover op landelijk niveau in Leidschendam zijn gemaakt. Om de vijf jaar worden deze geëvalueerd, onlangs nog in mei 2000.

Voor de alternatieve genees- en behandelwijzen zijn de eerste stappen gezet in de jaren tachtig: een commissie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, genoemd naar haar voorzitter Muntendam, bracht in 1981 een rapport uit over de stand van zaken in de alternatieve gezondheidszorg. Worstelend met de vraag hoe je het verschil bepaalt tussen bonafide en malafide praktijken, kwam de Commissie Muntendam tot een aantal criteria:

- toegankelijkheid van praktijk en werkwijze inclusief wetenschappelijk effectonderzoek;
- bekwaamheid blijkend uit expliciete, toetsbare opleidingseisen;
- inzichtelijke organisatiestructuur inclusief tuchtregeling.

Sindsdien verschenen diverse rapporten waarin het alternatieve veld werd omschreven en het begrippenkader met betrekking tot kwaliteit verder werd ontwikkeld.

Het LOPAG, Landelijk Overleg Patiënten Organisaties Alternatieve Geneeswijzen, publiceerde in 1992 haar "Criteria beroepsbeoefening alternatieve gezondheidszorg". Deze criteria, die de attitude van de hulpverlener, het therapeutisch handelen en de praktijkvoering betreffen, zijn door een aantal koepelorganisaties van beroepsbeoefenaren onderschreven. De NP/CF (Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie) heeft ze in 1996 verder uitgewerkt.

Hoe ze in de dagelijkse praktijk tot uitdrukking werden gebracht was lange tijd onduidelijk. Daarom gaf de overheid vanaf 1996 opdracht aan een drietal organisaties om het kwaliteitsbeleid van de alternatieve beroepsbeoefenaren in kaart te brengen en te stimuleren: Nivel, Consumentenbond en het CBO.

SAMENWERKINGSPARTNERS: DE DRIEPOOT

Het Nivel kreeg opdracht om een referentiekader voor het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld te beschrijven. Dit gebeurde in 1996 in samenwerking met het veld op basis van een meting van de actuele stand van zaken. De opdracht was daarnaast om te onderzoeken hoe de organisaties te werk gaan bij het implementeren van een kwaliteitsbeleid. Deze bevindingen zijn in 1998 gepubliceerd. Tenslotte was de opdracht te onderzoeken of de beroepsorganisaties vooruitgang boekten met hun kwaliteitsbewaking, door de stand van zaken in 2000 te vergelijken met de nulmeting uit 1996. Dit alles is gepubliceerd in drie opeenvolgende rapporten (zie literatuurlijst).

Het CBO voerde vanaf 1997 een driejarig ondersteuningsprogramma uit voor het alternatieve veld onder de naam OKAB: Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandelwijzen. Het CBO assisteerde de beroepsorganisaties onder andere bij de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid, bij het opstellen van beroepsprofielen, cliëntendossiers en klachtenregelingen, alsmede bij visitatie van collegae. In 1999 is dit programma met drie jaar verlengd.

De Consumentenbond startte de actie "Anders beter?". In januari 1997 zaten twintig mensen gedurende drie dagen aan de telefoon om reacties van zo'n 1800 bellers op te vangen over de vraag wat hun ervaringen, klachten en opmerkingen waren. Vervolgens deed de Consumentenbond een onderzoek naar de kwaliteitsbewaking van de alternatieve beroepsorganisaties, net als het Nivel, maar dan met rapportcijfers, die openbaar werden gepubliceerd in de Consumentengids in 1998 en 1999. Met de organisaties die goed scoorden is een visitatietraject opgezet om de theorie in de praktijk te toetsen. Het is de bedoeling om bij een blijvend goede beoordeling onderhandelingen aan te gaan met zorgverzekeraars voor vergoeding van de behandelingen.

Normenbeseft

Het referentiekader is in 1996 in het eerste Nivel-onderzoek opgesteld, in goed overleg tussen alle betrokken partijen: alternatieve beroepsgroepen, patiënten/consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en inspectie. Er werden normen ontwikkeld op basis van een uitgebreide schriftelijke enquête waarop een zeer hoge respons kwam. Dit onderschrijft de stelling dat kwaliteitsbeleid, ook in die jaren, al leefde in het alternatieve veld.

De normen betreffen ten eerste het inzichtelijk maken van regels voor de beroepsuitoefening en ten tweede de manier waarop de naleving van de regels is gewaarborgd (bewaking). Bij de verwerking van de antwoorden werden de resultaten, wat betreft het kwaliteitsbeleid, gerangschikt in acht categorieën: (na)scholing, attitude, herkenbaarheid, toepassing van de behandelwijze, klachtenopvang, kwaliteitsbewaking, de organisatie van de zorgverlening en de relatie met de reguliere zorg.

- opleiding, bij- en nascholing

De beroepsvereniging maakt inzichtelijk waaruit de opleiding (regulier en/of alternatief) bestaat en welke bij- en nascholing vereist is. Hierbij valt te denken aan opleidingsduur, studiebelasting, eindtermen, erkenning e.d.

- beroepsregister en herkenbaarheid

De beroepsvereniging beschikt over een beroepsregister van praktiserende leden die voldoen aan de door de beroepsorganisaties gestelde eisen. Het is dus meer – en belangrijker – dan een ledenlijst. Een dergelijk register is openbaar. Dit onderdeel maakt duidelijk welke selectiecriteria een organisatie hanteert voor opname in het register, of er sprake is van een systeem van herregistratie en zo ja, welke regels ervoor gelden. Ook moeten de gekwalificeerde beroepsbeoefenaren als zodanig herkenbaar zijn voor patiënten/cliënten. Tenslotte maakt de organisatie inzichtelijk hoe de handhaving van de regels is gewaarborgd, bijvoorbeeld via een deurplaat of schild, een informatiefolder of periodiek of via de openbaarheid van het beroepsregister.

- *de toepassing van de behandelwijze*

De beroepsvereniging heeft de behandelwijze omschreven - inclusief de deskundigheden en vaardigheden - alsmede aangegeven welke onderdelen van de beroepsuitoefening zijn vastgelegd in protocollen of richtlijnen, welke regels of normen gelden voor het stellen van een diagnose en voor het voorschrijven van medicijnen. Deze elementen kunnen beschreven worden in een beroepsprofiel.

- *de organisatie van de zorgverlening*

De beroepsvereniging heeft de regels en normen beschreven die gelden voor de bereikbaarheid, de inrichting van de praktijkruimte, de patiënten/cliëntendossiers, het bewaken van de hygiëne en de tarieven.

- *de attitude en het gedrag van de beroepsbeoefenaar*

De beroepsvereniging heeft de bejegening van patiënten/cliënten en de omgang met collega's beschreven en vastgelegd in een beroepscode of gedragsregels.

- *de relatie met de reguliere zorg*

De beroepsvereniging geeft antwoord op vragen als: Is er schriftelijke informatie voor reguliere beroepsbeoefenaren over de behandelwijze? Welke regels gelden voor de relatie met deze groep, zoals over verwijzen en terugverwijzen? Hoe is de uitwisseling van informatie geregeld?

- *het tuchtrecht en de klachtenopvang*

De beroepsvereniging beschikt over een klachtenreglement en een klachtencommissie. Hierin is vervat hoe met klachten wordt omgegaan en hoe de informatievoorziening daarover is. Ook het bestaan van (verenigings-)tuchtrecht en een tuchtcommissie is omschreven.

- *kwaliteitsbewaking en -verbetering*

De beroepsvereniging beschikt over een samenhangend systeem van kwaliteitsbewaking. Het Nivel constateert dat dit onderdeel nog volop in ontwikkeling is en onderscheidt vooralsnog een viertal aspecten: betrokkenheid van patiënten/consumentenorganisaties, intercollegiale toetsing, betrokkenheid van een koepelorganisatie op het gebied van de alternatieve behandelwijzen en de manier waarop de organisatie bewaakt dat beroepsbeoefenaren voldoen aan de binnen de organisatie geldende regels, normen of eisen.

Deze acht categorieën zijn ook in de reguliere zorg gebruikelijk, met uitzondering van de relatie tussen alternatief en regulier. Let wel: er wordt niet vastgesteld welke regels men moet stellen, alleen dat er regels moeten zijn die bovendien voor iedereen duidelijk moeten zijn.

Gat zien in lacunes

Uit de eerste fase van het Nivel-onderzoek blijkt dat zeer veel organisaties eisen hebben geformuleerd ten aanzien van de benodigde reguliere en alternatieve opleiding. Wel bestaan er grote verschillen in zwaarte. Het Nivel: " Op zich hoeft dat geen bezwaar te zijn indien het voor de patiënten/consumenten duidelijk is welk niveau men bij een beroepsbeoefenaar kan verwachten. (...) Het verdient dan ook aanbeveling om in de toekomst te komen tot een inzichtelijke en eenduidige plaatsbepaling van de opleidingen " .

Ook heeft tweederde van de organisaties regels opgesteld voor opnemings van de leden in een beroepsregister dat gekoppeld is aan een eisenpakket. Dit register is echter niet in alle gevallen openbaar.

Ongeveer de helft van de organisaties heeft gedragsregels opgesteld en regels voor de toepassing van de genees- en behandelwijze. Hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat vaak regels ontbreken omtrent diagnosestelling. De helft van de organisaties heeft een intern tuchtrecht en regelingen voor klachtenopvang.

Lacunes zitten in de regulering van de organisatie van de beroepsuitoefening, de relatie tot de reguliere zorg, de betrokkenheid en inbreng van patiënten/consumentenorganisaties en als laatste de bewaking van de kwaliteit.

De conclusies van het Nivel zijn met alle betrokkenen besproken. Vervolgens is een aantal speerpunten benoemd die aansluiten bij de ontdekte lacunes. Op deze punten zou het CBO haar ondersteuningsactiviteiten gaan richten (zie volgende hoofdstuk).

In de schoolbanken

In de tweede fase van het onderzoek zijn diepte-interviews gehouden met vertegenwoordigers van een groot aantal organisaties. Kernvragen: 'Welke activiteiten verrichten de organisaties om het kwaliteitsbeleid te implementeren?' en 'Welke belemmerende en bevorderende factoren doen zich hierbij voor?' Er is zowel gesproken met groepen die vergevorderd zijn als met beginners en met groepen die nog geen activiteiten ontplooid hadden.

Uit de gesprekken blijkt dat voor veel organisaties beleid gelijk staat met kwaliteitsbeleid.

Hoogste prioriteit is de opleiding en de bij- en nascholing. Veel organisaties zijn met behulp van het CBO bezig om een beroepsprofiel te ontwikkelen. Ook wordt gewerkt aan klacht- en tuchtrecht, vaak in koepel- of samenwerkingsverband. Voor beroepsbeoefenaren die ook regulier zijn opgeleid is er een dilemma: zij vallen al onder het wettelijk tuchtrecht en vragen zich af of ze daarnaast nog eigen gedragscodes en klachtenregelingen zullen ontwerpen.

De invoering van het nieuwe beleid gaat, zoals overal, stapsgewijs. Op sommige onderdelen, zoals opleidingseisen en registratie valt makkelijker invloed uit te oefenen dan op zaken als methodisch handelen en attitude. Veel geïnterviewden menen evenwel dat het bij de filosofie van hun behandelwijze hoort om hier zorgvuldig naar te handelen. Relatief weinigen zijn van plan om intercollegiale toetsing op te zetten; wel overweegt men intervisie en visitatie. Dit laatste is vanwege de hoeveelheid tijd die het kost moeilijk uitvoerbaar.

Als het gaat om belemmerende factoren onderscheiden de alternatieve zich niet van de reguliere organisaties: leden zien het belang er niet van in of zijn bang voor inperking van hun vrijheid, er is veel diversiteit onder de leden en de tijd en financiën ontbreken. Het Nivel heeft hier geen pasklaar antwoord op en verwacht dat de ondersteuning van het CBO wel een handje zal helpen. Bevorderend werkt onder andere het gegeven dat veel organisaties een hechte groep vormen, leden gemotiveerd zijn om aan kwaliteit te werken en er een goede infrastructuur is.

Verder constateert het Nivel dat de interviews een wat minder rooskleurig beeld geven dan de enquêtes en dat er nog wat begripsverwarring is, met name het onderscheid tussen een ledenlijst en een beroepsregister en tussen klacht- en tuchtrecht, en wat precies verstaan moet worden onder protocollen en richtlijnen.

Concrete resultaten

Eind 1999, bijna vier jaar na de eerste enquête, werd de tweede verstuurd. Dit was de laatste fase van het onderzoek. De mate waarin de beroepsorganisaties vooruitgang boekten is in tabel 1 uitgewerkt.

Tabel 1

Percentage beroepsorganisaties met schriftelijke regels ten aanzien van de in de tabel genoemde thema's in 1996 en 2000 (uit: Nivel, feb. 2000)

	Percentage beroepsorganisaties		
	1996(n=81)	2000(n=72)	P
Opleiding, bij- en nascholing	84%	94%	n.s.
Beroepsregister en herkenbaarheid	63%	82%	0.03
Attitude en gedrag	54%	75%	n.s.
Tuchtrecht en klachtenopvang	52%	67%	0.01
Toepassing van de genees-/behandelwijze	40%	56%	n.s.
Organisatie van de beroepsuitoefening	34%	63%	0.001
Relatie tot de reguliere zorg	27%	46%	n.s.

Op alle terreinen is duidelijke vooruitgang geboekt. Op drie gebieden hebben de beroepsorganisaties de afgelopen jaren zelfs een statistische significante verbetering bereikt namelijk met de herkenbaarheid van de beroepsbeoefenaren/het beroepsregister, de klachtenregelingen en de organisatie van de beroepsuitoefening, waaronder het bijhouden van een cliëntendossier. Volgens het Nivel is het plausibel om te stellen dat de vooruitgang op de laatste twee gebieden mede te danken is aan het ondersteuningsprogramma van het CBO.

Hoe zit het met de kwaliteitsbewaking in 2000, vergeleken met de situatie van vier jaar eerder? Want het opstellen van normen is één, het naleven van normen een tweede. In tabel 2 is de verandering ten opzichte van 1996 op dit gebied zichtbaar gemaakt.

Tabel 2

Percentage beroepsorganisaties dat de kwaliteit van haar leden bewaakt

	Percentage beroepsorganisaties		
	1996(n=81)	2000(n=72)	P
Kwaliteitsbewaking naar aanleiding van klachten	68%	79%	n.s.
Kwaliteitsbewaking via een systeem van herregistratie	30%	39%	n.s.
Kwaliteitsbewaking via visitatie door de organisatie	19%	35%	0.02
Overige vormen van kwaliteitsbewaking	28%	42%	n.s.

Op het gebied van visitatie is belangrijke vooruitgang geboekt, mede als gevolg van de pilot van het CBO. Op de andere gebieden is er weliswaar wat vooruitgang, maar niet van betekenis.

Een andere vorm van kwaliteitsbewaking is het peilen van de mening van patiënten/cliënten, al dan niet via tevredenheidsonderzoeken. Bij de alternatieve organisaties is 10% hiermee bezig. In de reguliere gezondheidszorg komt hiervoor de laatste jaren steeds meer belangstelling, maar ook hier zijn het vaker instellingen die dit doen, dan individuele beroepsbeoefenaars.

Het Nivel concludeert dat bij het merendeel van de beroepsorganisaties de aangesloten leden gemotiveerd zijn om het kwaliteitsbeleid vorm te geven. De aandacht en ondersteuning van externe partijen (Consumentenbond en CBO) worden ervaren als een stimulans voor de verdere ontwikkeling en implementatie.

In 1997 ging het OKAB-project van start: Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandel/geneeswijzen. De doelstellingen zijn:

- Toename van het kwaliteitsbewustzijn;
- Ondersteuning bieden bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid;
- Ondersteuning bieden bij de implementatie van kwaliteitsbeleid.

Het referentiekader van het Nivel werd als uitgangspunt genomen en de uit het onderzoek getrokken conclusies ten aanzien van lacunes in het kwaliteitsbeleid bepaalden de onderwerpen die bij de kop gepakt werden. Het kwaliteitsinstrumentarium dat voortvloeit uit de WGBO zou prioriteit krijgen boven andere instrumenten.

Alle door het Nivel aangeschreven organisaties behoorden tot de doelgroep. Zowel grote als kleine verenigingen konden een beroep doen op ondersteuning, onafhankelijk van de vraag of ze gevorderd waren of 'beginnelingen' en deelname geschiedde op basis van vrijwilligheid.

Activiteitenwaaier

Een scala van activiteiten ontplooidde het CBO. Van de 108 alternatieve beroepsverenigingen die Nederland eind 1996 rijk was, participeerden er uiteindelijk 65 in OKAB. Tot de eerste activiteiten behoorde het organiseren van een symposium met algemene inleidingen over kwaliteitsbeleid van CBO, Nivel, Consumentenbond en een zorgverzekeraar. Deze bijeenkomst werd druk bezocht.

Uitgangspunt vormden de Werkconferenties Kwaliteitsbeleid. Een werkconferentie houdt in dat een vereniging met haar actieve leden uit bestuur en commissies een dag lang volgens een bepaalde structuur brainstormt over de goede en de te ontwikkelen onderdelen van haar kwaliteitsbeleid, prioriteiten stelt en een actieplan maakt voor de korte en de lange termijn. Aan het eind van de dag krijgt de organisatie een dummy mee van een beleidsplan, ook op flop, waarin de tijdens de dag getrokken conclusie kan worden ingevuld. Aldus heeft men in zeer korte tijd een compleet beleidsplan op tafel. Maar liefst 26 verenigingen hebben hiervan gebruik gemaakt. Na de werkconferentie was er de mogelijkheid om contact te houden met het CBO over de voortgang. Bovendien werden er na ongeveer een jaar Terugkomdagen georgani-

seerd, waarop verenigingen ervaringen en stukken met elkaar konden uitwisselen en nieuwe inspiratie konden opdoen.

Circa driehonderd vertegenwoordigers van ongeveer vijftig verenigingen bezochten de zes Thema-avonden, welke afgeleid werden uit de nulmeting van het Nivel. De thema's waren: visitatie, onderlinge samenwerking, beroepsprofielen, klachtbehandeling en tuchtrecht, de positie van de patiënt/cliënt en de rol van de zorgverzekeraars.

Negen verenigingen ontwikkelden in pilotprojecten modelproducten rondom vier onderwerpen:

- beroepsprofiel
- cliëntendossier
- visitatie
- klachtenreglement

Op de zogenaamde oogstmanifestatie in maart 1999 werden de resultaten gepresenteerd. Er werd een productenklapper gepresenteerd door het CBO waarin de modellen zijn opgenomen zodat alle andere organisaties ervan mee kunnen profiteren. Bovendien resulteerde de visitatiepilot in een klapper waarin het hele proces van visiteren van begin tot eind door middel van stappenplannen, voorbeelddocumenten en andere tips is gedocumenteerd.

De ontwikkeling en implementatie van een beroepsprofiel en/of een cliëntendossier kwamen verder in zeven praktijkdagdelen uitgebreid aan bod. Op een praktijkdagdeel krijgt een aantal verenigingen de gelegenheid de voor- en nadelen van een beroepsprofiel of cliëntendossier op een rijtje te zetten en te leren wat er allemaal komt kijken bij het opzetten ervan. Ook wordt een stappenplan gemaakt voor de invoering.

Naast deze ondersteuningsactiviteiten verschijnt regelmatig een OKAB-Nieuwsbrief met verslagen, nieuws over kwaliteitswetgeving, interviews en aankondigingen van nieuwe activiteiten. Deze Nieuwsbrief gaat naar 150 adressen. De helpdesk werd en wordt wekelijks benaderd. Uit een meningspeiling onder de OKAB-deelnemers is gebleken dat alle activiteiten hoog werden gewaardeerd. De cijfers lagen tussen de 7 en 8,5. De Werkconferentie Kwaliteitsbeleid hoorde met 8.2 tot de hoogste scores.

Wat is tevredenheid?

Mensen verschillen. Geen patiënt is identiek, geen hulpverlener gelijk. Dat maakt elk consult op zichzelf ook weer uniek. Het duo hulpvrager en hulpverlener moet, steeds weer, samen besluiten wat de beste behandeling is. Dat is lastig. En vaak weet de hulpverlener niet wat de klant er nu eigenlijk van vond. De klant staat echter altijd centraal, met zijn hulpvraag, zijn verhaal, zijn angsten, zijn hoop. Daarom doet de mening van de klant er altijd toe. De tevredenheid van een klant wordt bepaald door verwachtingen en ervaringen die een klant heeft. Verwachtingen komen tot stand door wat iemand heeft ervaren, door de behoefte die iemand heeft en door de informatie waarover iemand beschikt.

Verwachtingen en ervaringen hebben betrekking op diverse aspecten in de hulpverlening namelijk: doeltreffendheid, belasting, doelmatigheid, continuïteit, bejegening, competenties, betrouwbaarheid en begrip. Al deze draadjes vormen tezamen een kluwen die patiëntensatisfactie heet. De vinger aan de pols van 'wat de patiënt vindt' is de wijsvinger van de Consumentenbond.

Anders beter?

In januari 1997 hield de Consumentenbond een telefoonactie onder het motto "Anders Beter?" Via de Consumentengids en een televisieprogramma werden mensen opgeroepen om te bellen over hun ervaringen met alternatieve behandelwijzen. Zo'n 1800 bellers maakten van de gelegenheid gebruik. Het aantal positieve meldingen was flink in de meerderheid. Vier van de vijf ging over het effect van de behandeling. Anderen over de betrouwbaarheid van de behandelaar en diens omgang met de patiënt. De grote aandacht van de behandelaars en het feit dat ze verder kijken dan alleen de ziekte wordt erg gewaardeerd. Ook over de middelen en producten heeft het merendeel complimenten.

Klachten had men over het gebrek aan communicatie tussen de reguliere arts en de alternatieve behandelaar. Daarnaast werden enkele "grove missers" van behandelaars aan de kaak gesteld, variërend van onrealistische of gevaarlijke adviezen tot seksuele intimidatie. Grote problemen ondervond men vooral met de vergoeding door de zorgverzekeraars: er was onduidelijkheid over wat wel en niet vergoed wordt en voor hoeveel. Veel verzekeraars vergoedden

alleen artsen en een aantal van hen hanteerde ook nog beperkende voorwaarden die niet in de polis waren opgenomen, zoals lidmaatschap van een bepaalde organisatie. Ook kwam het voor dat zij wèl het consult, maar niet de medicijnen vergoedden.

Conclusies waren dat alternatieve behandelingen een goede aanvulling kunnen zijn op die van de reguliere gezondheidszorg, maar dat de patiënt onvoldoende aanknopingspunten heeft om het kaf van het koren te scheiden. Voor consumenten is het nog steeds onduidelijk welke beroepsorganisaties er zijn en welke kwaliteit ze kunnen garanderen. Daarom werd een vervolgactie gestart: onderzoek naar kwaliteitsbewaking door de beroepsgroepen

Het eerste onderzoek

De Consumentenbond onderzocht in 1998 de kwaliteitsnormen van organisaties van alternatieve behandelaars. Met dit onderzoek heeft de Consumentenbond een overzicht opgesteld van de kwaliteit van het merendeel van de alternatieve beroepsorganisaties in Nederland. In hoeverre stellen de organisaties eisen aan de kwaliteit van hun aangesloten leden en moeten deze leden zich committeren aan bepaalde kwaliteitsrichtlijnen van de organisatie? In die zin was het onderzoek vergelijkbaar met dat van het Nivel. Essentieel verschil: de Consumentenbond publiceerde de resultaten met naam en toenaam en deelde rapportcijfers uit. Een oordeel per organisatie gaf daarmee indirect een indicatie over de kwaliteit van de aangesloten behandelaars.

Tijdens het onderzoek bleek duidelijk dat een groot deel van de organisaties actief bezig was met het vastleggen van kwaliteitseisen. In het onderzoek kwamen alleen de feitelijke kwaliteitseisen aan het licht, zoals die schriftelijk vastgelegd waren. Desondanks lieten de uiteindelijke kwaliteitsscores van het merendeel van de beroepsorganisaties te wensen over. De kritiek in de Consumentengids was niet mals:

"De kwaliteitsrichtlijnen van de meeste alternatieve beroepsorganisaties schieten tekort en bieden onvoldoende waarborg voor de kwaliteit van bij hun aangesloten therapeuten. De onderlinge verschillen tussen de diverse organisaties zijn daarbij groot. Er is een aantal tekortkomingen dat frequent voorkomt, terwijl deze items juist een zwaar gewicht toegekend gekregen hebben.

Klachtencommissies van diverse organisaties zijn niet onafhankelijk en samengesteld uit leden van de beroepsorganisatie zelf. Bovendien zijn de verhaalmogelijkheden bij schade voor de

consument beperkt doordat slechts weinig organisaties een beroepsaansprakelijkheidsverzekering verplicht stellen voor hun leden. Een belangrijk manco is ook het ontbreken van regels voor consumenteninformatie over de klachtenregeling, de behandelartieven en de vergoedingsmogelijkheden van de behandeling.

Als laatste zijn de kwaliteitsrichtlijnen bij veel organisaties slecht letters op papier. Ze worden regelmatig niet als voorwaarde voor lidmaatschap gesteld. Bovendien controleert de organisatie de naleving van de regels door de leden vaak niet en volgen er nauwelijks sancties als leden fouten begaan."

Duidelijke taal. Hier moest iets gebeuren.

Het tweede onderzoek

Een jaar later herhaalde Consumentenbond het onderzoek. De kernvragen luiden: Is er verbetering zichtbaar? Wat is er bereikt? In de Consumentengids volgde het oordeel van dit vergelijkend warenonderzoek. Vergeleken met vorig jaar hadden de alternatieve beroepsorganisaties, in ieder geval op papier, hun zaakjes beter voor elkaar. Vorig jaar scoorden slechts 10 van de 78 clubs een voldoende, nu waren dat er 45 van de 72. De meeste verenigingen kregen dus een hoger eindcijfer: omlaag ging het cijfer bij 10 organisaties en 9 eindigden met dezelfde score als in 1998 of deden voor het eerst mee aan het onderzoek.

Overigens zegt het rapportcijfer niets over de effectiviteit van de behandeling, maar wel veel over de manier waarop de beroepsvereniging werkt. Men moet zich realiseren dat in de reguliere geneeskunde het effect van de behandelingen op veel terreinen ook onvoldoende of niet is onderzocht, c.q. niet is te onderzoeken via de gangbare onderzoekstechnieken.

De Consumentenbond concludeert: 'Er valt links en rechts nog heel wat te verbeteren, maar er is in het afgelopen jaar over de hele linie wel vooruitgang geboekt. De weinig flatteuze cijfers van vorig jaar hebben veel beroepsverenigingen ertoe aangezet procedures en protocollen op te stellen of aan te scherpen.'

De jury rapporteert

Maar, omdat het onderzoek alleen papierwerk betrof en weinig zei over de praktijk, besloot de Consumentenbond om bij de vier verenigingen die in het eerste onderzoek het beste scoorden een praktijkbezoek uit te voeren bij een aantal behandelaars. Dan kon blijken of "de handtekening van de voorzitter wat waard" was. Er werd open kaart gespeeld met alle betrokkenen. De

grootte van de beroepsvereniging bepaalde hoeveel leden werden benaderd. De selectie was willekeurig. Een aanbevelingsbrief van de eigen beroepsvereniging werd meegestuurd.

Bij de behandelaars die wel meededen is vervolgens een waarnemer van de Consumentenbond langs gegaan met een vragenlijst die in overleg met de beroepsvereniging was opgesteld.

De bevindingen van de waarnemers van de Consumentenbond liepen sterk uiteen: veel onderzochte punten waren bij de ene behandelaar perfect in orde terwijl het bij de ander een puinhoop was. Binnen de verenigingen waren de verschillen groot. Een bloemlezing:

- Controle van de richtlijnen door de organisatie werkt: zo voldeden de meeste behandelaars aan de norm van nascholing.
- Sommige verenigingen hebben verschillende soorten van lidmaatschappen die niet allemaal voldoen aan de eisen van de Consumentenbond. Voor de patiënten is het onduidelijk wat de status is van een behandelaar. De Consumentenbond vindt dat alle aangesloten leden moeten voldoen aan de minimale kwaliteitseisen van de vereniging.
- Privacy is de patiënt heilig maar de behandelaars hebben daar over het algemeen weinig boodschap aan. Slingerende dossiers en computers zonder wachtwoord zijn schering en inslag. De drie verenigingen die hierop voldoende scoorden in de enquête, verspeelden die punten in de praktijkproef.
- Onvoldoende is de communicatie met de reguliere behandelaars. Dit gaat ten koste van de patiënt.
- Informatie aan patiënten (schriftelijk en mondeling) is ver beneden de maat. Folders ontbreken of zijn van onvoldoende kwaliteit.
- Een vereniging meldde in de schriftelijke enquête dat haar leden geen (genees)middelen voorschrijven, maar bij praktijkbezoeken bleek de helft dat wel te doen. Omdat richtlijnen voor receptenschrijven nu ontbreken, leverde dat een onvoldoende op.

Al met al daalde na de bezoeken het rapportcijfer van de verenigingen met gemiddeld 3 punten, waardoor twee van de vier uiteindelijk onvoldoende scoorden.

Hoewel de Consumentenbond het hoopgevend vindt dat de meeste beroepsverenigingen zich in een korte tijd behoorlijk hebben verbeterd, concludeert ze ook: betere controle (met sancties) kan het niveau flink opkrikken. Momenteel is de Consumentenbond bezig met het verwerken van de gegevens van de volgende peiling.

De opleidingen onder de loep

Een belangrijk deel van de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren wordt bepaald door de opleiding die ze gevolgd hebben. Ook daar was weinig zicht op. In een apart deelonderzoek is dit onderzocht, doch niet afzonderlijk gepubliceerd. Er is een koepelorganisatie bezig de kwaliteit van het bij hen aangesloten opleidingsinstituut in kaart te brengen en te verbeteren, maar daar is maar een klein deel van de vele instituten bij aangesloten.

De Consumentenbond heeft al bij het eerste onderzoek nagevraagd welke opleidingsinstituten bij de beroepsverenigingen bekend en/of erkend waren. Vervolgens heeft zij samen met twee externe deskundigen criteria ontwikkeld ter beoordeling van het niveau van deze opleidingen die vervolgens extern zijn beoordeeld.

Verzekeraars kom op!

Onder dit motto stond er in de Consumentengids van december 1999 een stuk waarin ze stelde:

“Het overzicht zou nog veel beter worden als de ziektekostenverzekeraars onze strengere eisen (minmaal een voldoende) als leidraad zouden gebruiken voor het toekennen van vergoedingen. Dit zou een niet te negeren prikkel betekenen voor de behandelaars en hun organisaties. Zonder heldere kwaliteitsnormen, controle en sancties komt de behandelwijze niet in aanmerking voor vergoeding. En dat gaat klandizie en geld kosten.”

De Bond is dan ook in onderhandeling met een aantal verzekeraars om inderdaad tot vergoeding over te gaan. De uitkomsten hiervan zijn nog niet bekend.

De Consumentenbond zegt in bovengenoemde Gids: “Voor u heeft een strenger beleid van de verzekeraars de prettige zekerheid dat u weet dat vergoeding gelijk staat aan een kwaliteitsborg. Op de langere termijn is dit waarschijnlijk ook de methode om bokken en schapen te scheiden en de alternatieve behandelwijzen van het kwakzalversaura te ontdoen.”

KWAKZALVERIJ OF WERKELIJK EFFECT: HOE ZIT HET MET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK?

Een belangrijk struikelblok bij de officiële acceptatie van de alternatieve behandelwijzen is dat er op de vraag naar het effect moeilijk antwoord te geven valt. Kort samengevat: het helpt wel, maar werkt het ook? Met name voor veel reguliere behandelaars is de bewijsvoering – voor zover aanwezig - twijfelachtig. Daarmee staat ook de kwaliteit van de behandelwijzen ter discussie.

Het probleem is, dat met de traditionele wetenschappelijke onderzoeksmethoden niet altijd effect aan te tonen valt. Alternatieve beroepsbeoefenaren werpen tegen dat deze methoden ook niet geschikt zijn vanwege de specifieke filosofie en werkwijze van de behandeling.

Dat dit geen eenvoudige zaak is bewijst het feit dat de Gezondheidsraad er 10 jaar over gedaan heeft om advies hierover uit te brengen aan het Ministerie. In 1993 zag een bijna 800 pagina's dik rapport het levenslicht met 23 aanbevelingen. Kern van het advies was:

- Wetenschappelijk onderzoek is wel degelijk mogelijk. Het mag niet zo zijn dat onder de noemer van een 'aangepaste methodologie' onvoldoende of niet erkende methoden worden gebruikt. Aangezien in de alternatieve behandelwijzen de gehele mens centraal staat, dienen methoden uit verschillende richtingen (alfa, bèta, gamma) te worden gebruikt. Aanbevolen wordt om de zogenaamde black box methode toe te passen, d.w.z. dat begin en eindpunt worden vastgesteld, er uitvoerig wordt gerapporteerd over alle handelingen inclusief niet-medische onderwerpen, er tevoren afspraken worden gemaakt over de duur van de behandelperiode en alleen de resultaten van de behandeling worden bekeken zonder zich te verdiepen in de werkingsmechanismen.
- Achter de vraag naar de mogelijkheid van effectonderzoek liggen hele fundamentele vragen: wat wordt in de verschillende visies - alternatief en regulier - verstaan onder 'ziekte', 'gezondheid', 'genezen' en wat beschouwt men als een positief effect van een behandeling? Hoe wordt zo'n effect tot stand gebracht en welke factoren spelen daarbij een rol? De Raad concludeert dat een werkelijk antwoord op deze vragen pas gevonden kan worden als zowel regulier als alternatief erin slagen de onderliggende gedachten achter hun behandelwijzen te analyseren en te verwoorden en ze er met elkaar over van gedachten gaan wisselen.

In het advies werd ook voorgesteld om een Commissie in het leven te roepen die een en ander zou gaan coördineren. De eerste jaren is daar niets van gekomen. In 1996 deed NWO (Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek) het voorstel om een bemiddelende rol te vervullen. Dit verzoek is door het Ministerie van VWS gehonoreerd. Voor drie jaar kreeg NWO geld om ondersteuning te bieden aan therapeuten bij het formuleren van voorstellen van effectonderzoek volgens de genoemde black box methode. Het ging uitdrukkelijk niet om geld voor de onderzoeken zelf, maar om hulp bij het opzetten ervan: zorgen voor een scherpe vraagstelling, een goed uitgewerkt werkplan, betrouwbare methodologie enzovoort. Dit alles in samenwerking met mensen uit de universitaire wereld.

De bedoeling was ook dat de onderzoeken zouden leiden tot publicatie in gerenommeerde wetenschappelijke tijdschriften, waarmee de resultaten erkenning zouden kunnen krijgen.

Van de diensten van NWO is door diverse therapeuten/organisaties gebruik gemaakt (exacte cijfers zijn nog niet bekend, NWO werkt aan een rapportage). Veel initiatieven bleken echter te verzanden. Voornaamste reden: gebrek aan geld om het onderzoek daadwerkelijk op te zetten en uit te voeren. NWO had dan ook gevraagd om een voortzetting van het project na 1999 met meer budget om ook pilotstudies te kunnen betalen. Die zouden dan een voorbeeldfunctie kunnen vervullen en andere financiers over de streep kunnen trekken. Het ministerie koos hier niet voor: het project is stopgezet.

Hier en daar zijn en worden nog wel wat losse onderzoeken uitgevoerd, maar dit is heel sporadisch. Dat de effectonderzoeken die er zijn niet onomstreden zijn, wordt geïllustreerd uit bijgaande column.

Kruidenbitter

De cijfers zijn indrukwekkend: eenderde van de Amerikaanse bevolking gebruikt geneeskrachtige kruiden à raison van jaarlijks 3,5 miljard dollar. In een overzichtsartikel gingen O'Hara et al op zoek twaalf geneeskrachtige kruiden, zoals kamille, knoflook, St Janskruid, valeriana, gember en Ginseng. Zij beschreven indicaties, type onderzoek (RCT/in vivo/dierexperimenteel/in vitro - met enige verfijning), veiligheid (die nauwelijks gedocumenteerd blijkt te zijn) bijwerkingen, doses en kosten (A review of 12 Commonly Used Medicinal Herbs. Arch Fam Med 1998;7:523-36)

De bevindingen zijn een enkele keer voor-de-hand-liggend (onaangename geur als bijwerking van knoflook: bewezen!), dan weer aardig (allergische reacties op kamille) en diverse malen klinisch relevant (gebruik geen St Janskruid naast antidepressiva; cardiovasculaire aandoeningen zijn een contra-indicatie voor Ginseng dat hypertensief werkt). Het is treurig dat een methode-paragraaf geheel ontbreekt en het literatuuronderzoek niet-verifieerbaar is. Dit laat de lezer achter met een nasmaak, ondanks de indrukwekkende referentielijst van 112 artikelen.

Behartigenswaardig blijven enkele opmerkingen in de inleiding. De auteurs wijzen op drie wijdverbreide misvattingen over de werkingsmechanismen:

- *men meent dat kruiden een 'natuurlijk' alternatief zijn en ontkent hun biochemische werking;*
- *men weet niet dat ongeveer 25 procent van de reguliere geneesmiddelen van oorsprong berust op de geneeskrachtige werking van kruiden (digoxine, morfine, aspirine, tamoxifen);*
- *het is onbekend dat kruiden-leveranciers de werkzaamheid en veiligheid van hun produkt niet hoeven aan te tonen, in tegenstelling tot de farmaceutische industrie.*

Het succes van geneeskrachtige kruiden is groot, zeker sinds zij o zo verleidelijk zijn verpakt in pseudowetenschappelijke termen als Fytotherapie, Ecodrugs et cetera. De moderne wetenschap lijkt zich met enig dédain te hebben afgewend van het fenomeen geneeskrachtige kruiden. Hiermee verloochent de geneeskunde niet alleen een deel van de eigen herkomst maar beschouwt ze kruiden als een terra incognita uitsluitend geschikt voor volkswijsneuzen. Dat was vroeger wel anders. Nam Plato niet met vaste hand de gifbeker met Dolle Kervel? En hij wist verdomd goed wat hij wegslikte.

Uit: Huisarts en Wetenschap 1999;4:149.

De toekomst is dichtbij. Hoe kijken de betrokkenen zelf terug op de afgelopen jaren en, belangrijker nog, hoe zien zij de toekomst? Bij de Consumentenbond stond het thema al langer op de agenda. Benedikte van Iersel: 'Van oudsher heeft de Consumentenbond belangstelling voor alternatieve behandelwijzen. Vanaf 1997 is gekozen voor een actiever rol, mede op geleide van vragen en klachten die wij binnenkregen via onze ledenservice. Het uitgangspunt voor onze betrokkenheid was de constatering dat de kwaliteitswetgeving van overheidswege nauwelijks van toepassing is op de alternatieve zorgsector. Dat betekent dat de consument mogelijk risico's loopt. De Consumentenbond, als belangenbehartiger voor de consument, richt zich vooral op de gebieden waar de patiënt risico's loopt dan wel waar hun belangen minder goed behartigd worden.'

De Consumentenbond stapte in toen het Nivel al met de eerste meting bezig was: 'De opzet van ons onderzoek was een andere: wij hielden een consumentenenquête om te komen tot rapportcijfers waarin de mening van consumenten opgenomen is en die – met naam en toenaam – gepubliceerd zijn.'

Ook vanuit het Ministerie van VWS wordt tevreden teruggeblikt: 'Het is een goede zaak dat het alternatieve veld is gaan inzien dat het voeren van een kwaliteitsbeleid een gewone, "reguliere", bezigheid is. Door de ondersteuning van het CBO merkten de beroepsgroepen dat zij niet de enige zijn die daarmee bezig zijn en zeker niet de enigen bij wie nog veel werk te verrichten was', aldus Ad Hamelink, die eraan toevoegt: 'Dat het CBO het OKAB-project heeft opgepakt getuigt van een zekere dapperheid en visie.'

Hoe raakte het CBO betrokken bij OKAB? Een vraag voor CBO-directielid Willem den Hartog. 'De missie van het CBO, verbeteren van de patiëntenzorg, omspant in principe de gehele gezondheidszorg. In vrijwel alle sectoren – van medisch specialisten, via paramedici en verpleegkundigen tot aan alternatieve geneeswijzen toe – zie ik een professionele drive om aan kwaliteit te werken. Toen het ministerie aan het CBO vroeg om de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid voor alternatieve genees- en behandelwijzen te ondersteunen, was het antwoord positief. Alternatieve geneeswijzen zijn een maatschappelijke realiteit. Het ook hier agenderen en ondersteunen van de kwaliteitsvraag past in onze missie.'

Het woord 'maatschappelijke realiteit' valt voor het eerst: 'Patiënten zoeken er, steeds meer zo lijkt het, hun heil in. Ik denk dat het holistisch karakter van veel alternatieve geneeswijzen aanspreekt. De westerse geneeskunst zou deze mensgerichte aanpak niet mogen uitsluiten, maar de realiteit leert dat 'onze' gezondheidszorg vaak overgeorganiseerd en overgespecialiseerd is.' Den Hartog wijst er ook op dat 'onder de naam 'alternatieve geneeswijzen' een enorme variëteit schuilgaat. Het is een containerbegrip dat de maatschappij heeft uitgevonden om een enorm scala aan genees- en behandelwijzen in onder te brengen.' Prof dr E. Noach, lid van de begeleidingscommissie van het OKAB-project, voegt daaraan toe dat ook 'binnen de diverse groepen de opvattingen zeer uiteenlopen. Zo zeer zelfs dat het vrijwel onmogelijk is een uitspraak te doen over de kwaliteit van een bepaalde beroepsgroep.' Die pluriformiteit vormt een probleem, maar mag geen dekmantel zijn. Net als de reguliere geneeskunde moet de alternatieve geneeskunde een gericht kwaliteitsbeleid opzetten. Den Hartog wijst er met klem op dat in het kwaliteitsdenken sprake is van een 'tweetrapsraket. 'Twee vragen staan centraal: 'Doen wij de juiste dingen?' en 'Doen wij de juiste dingen goed.' Het CBO concentreert zich op beide vragen en ondersteunt behandelaren die kwaliteitsmanagement willen ontwikkelen. Het CBO beschikt wat dat betreft over een ruime ervaring. We vinden het van groot belang, dat bij alle aandacht voor de ontwikkeling van kwaliteitssystemen (vaak vooral gericht op de tweede vraag) de eerste vraag niet uit het zicht verdwijnt. 'Doen we de juiste dingen' is namelijk vreselijk belangrijk omdat het hierbij gaat om het aantonen dan wel aannemelijk maken van de effectiviteit van de behandeling. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt, net als bij de reguliere geneeskunde, bij de beroepsgroepen zelf.'

Agnes Kant, Tweede Kamerlid van de Socialistische Partij, liet zich in een OKAB-nieuwsbrief in scherper bewoordingen uit over de verantwoordelijkheden. Alle genezers moeten zich laten toetsen op hun resultaten. Zowel de reguliere als de alternatieve genezers. Wie dat weigert zou een verbod moeten krijgen om een praktijk uit te oefenen. De overheid heeft hier een duidelijke taak in. Zij dienen de zieke medemens te behoeden voor schade en geldklopperij. De bewijslast voor effectiviteit van een behandeling ligt nadrukkelijk bij de behandelaren.

Den Hartog ziet hierin geen plaats voor het CBO. 'De ontwikkeling van een kennisdomein is niet een taak of verantwoordelijkheid van het CBO. Onze ondersteuning is primair gericht op verbetermanagement, we spreken ons niet uit over de kwaliteit van de zorg van de betreffende beroepsgroep. Een CBO-keurmerk 'kwaliteit' bestaat niet!'

Hooguit het begin

Noach schetst de beperkingen van het project: 'Van meet af aan stond de wetenschappelijke inhoud buitenspel. Ik heb dit altijd betreurd. Wat overbleef is een soort regelgeving voor de praktijkvoering van alternatieve behandelaars. Hoe belangrijk praktijkvoering ook is – in de reguliere geneeskunde schort het hier ook wel eens aan – het kan nooit een einddoel zijn, hooguit een begin.' De meeste betrokkenen zijn positief over de uitkomst van het project. Hamelink: 'Over de resultaten van het project kan ik alleen maar tevreden zijn. In drie jaar tijd is een significante vooruitgang geboekt, vooral dankzij de tandem CBO en Consumentenbond. Het CBO reikte de alternatieve beroepsgroepen handen en voeten aan.'

Projectleider Grete Visser (CBO) formuleert bescheiden: 'Ik ben blij dat de alternatieve beroepsbeoefenaren aan derden hebben kunnen laten zien wat zij te bieden hebben. OKAB heeft daar een klein maar waardevol steentje aan mogen bijdragen.'

Van Iersel vult dit aan: 'Ik hoop dat de producten die het CBO ontwikkeld heeft breder worden verspreid onder de diverse beroepsgroepen en zo op meer fronten worden ingezet. Deze producten maken het mogelijk het kwaliteitsbeleid verder gestalte te geven. Er is namelijk nog zoveel te doen. Wij zijn er nog lang niet. Vooral aan de discrepantie tussen theorie en praktijk die aan het licht kwam bij de verschillende visitaties moet de komende jaren nog hard gewerkt worden.' Deze stellingname wordt gedeeld door Hamelink: 'Naarmate de producten beter verspreid raken onder de diverse beroepsgroepen zal de vraagstelling aan het CBO verschuiven. Meer en meer verwacht ik vragen als: 'Nou hebben wij een klachtenregeling en een beroepsregister, maar hoe kunnen wij dat zo goed mogelijk managen?' Wellicht dat het CBO hierin een bemiddelende rol kan spelen.'

De rol van de huisarts

Onlangs hield het tijdschrift 'Beter' een enquête onder huisartsen. Van de onderzochte huisartsen bleek 40 procent homeopathische geneesmiddelen voor te schrijven. Huisarts en alternatieve geneeswijzen lijken nader tot elkaar te komen. Of is dat schijn? Paul van Dijk is twintig jaar huisarts in Zaltbommel. Hij is de auteur van het fameuze boek 'Geneeswijzen in Nederland' dat inmiddels aan zijn negende druk toe is. Al 25 jaar is hij geïnteresseerd in alternatieve geneeswijzen zonder dat hij daar 'een afgerond en duidelijk beeld' van heeft. 'Wel heb ik een duidelijke visie hoe huisartsen hiermee om kunnen gaan, een visie die in mijn regio is uitgewerkt. Wij werken hier samen met zes reguliere huisartsen. Tien jaar geleden gingen wij –

op mijn initiatief – bijeenzitten om te bekijken hoe wij om zouden gaan met patiënten die vragen om alternatieve geneeskunde. Wij hebben toen zes bekende geneeswijzen geselecteerd: acupunctuur, homeopathie, antroposofische geneeskunde, natuurgeneeswijzen, paranormale geneeskunde en islamitische geneeskunde. Bij elk van die zes disciplines kozen wij een of twee mensen uit de regio die wij kenden en met wie wij geen slechte ervaringen hadden opgedaan.’ ‘Wanneer nu een patiënt bij mij of bij een van mijn collega’s komt met het verzoek om een alternatieve behandeling, verwijzen wij altijd naar iemand van onze lijst. Naar mijn overtuiging biedt deze aanpak grote voordelen. Ten eerste voelt de patiënt zich serieus genomen. Bovendien wordt voorkomen dat de patiënt slachtoffer wordt van oplichterij of kwakzalverij. Het meest belangrijke voordeel is in mijn ogen dat je als huisarts weet hebt van gezondheidsinterventies die mogelijk interacteren met de reguliere benadering.’

”Als huisarts moet je niet meer willen ambiëren dan een zinvolle bijdrage te leveren binnen een bepaalde maatschappelijke context”

Het effect hiervan mag niet onderschat worden. Opnieuw Van Dijk: ‘Ik maak ook strikte werkafspraken. Wanneer ik bijvoorbeeld naar een acupuncturist verwijs, dan gebeurt dit voor vijf behandelingen. Na die vijf behandelingen wil ik de patiënt terugzien, inclusief een evaluatie van de acupuncturist. Dit soort werkafspraken zijn een probaat middel om alternatieve medicalisering binnen de perken te houden.’

‘Zonder een propagandist te zijn voor alternatieve behandelingen, houden wij op deze manier zicht op onze patiënten. In feite lijkt de gekozen vorm op de samenwerkingsrelatie met bijvoorbeeld fysiotherapeuten en logopedisten. Een functionele relatie die werkbare contacten oplevert.’

Hij is realistisch: ‘Als huisarts moet je niet meer willen ambiëren dan een zinvolle bijdrage te leveren binnen een bepaalde – en steeds wijzigende – maatschappelijke context. En alternatieve behandelingen passen in het huidige tijdsgewricht.’ Om die reden staat hij dan ook ‘vierkant achter het OKAB project’ omdat het ‘getuigt van een volwassen visie op onze maatschappij.’

Vergoedingslag

Een belangrijk issue is de financiering. Kernvraag: vergoeden verzekeringsmaatschappijen alternatieve geneeswijzen of niet? Er is sprake van grote onduidelijkheid. De aanvullende pakketten – binnen welke vergoeding geregeld moet zijn – zijn markt- en trendgevoelig. Anders gezegd: elke ziektekostenverzekeraar stelt het pakket op een andere wijze samen. Is er een algehele stelregel? Armand Martens, arts en Beleidsmedewerker van Zorgverzekeraars Nederland stelt: 'Als een behandeling transparant, klantgericht en toetsbaar is en bovendien voldoet aan kwaliteitseisen (zoals hygiëne, opleidingseisen, omgangsnormen, registratie en bereikbaarheid) dan is er voldoende opening om een gesprek aan te gaan over vergoeding vanuit een aanvullende polis in de ziektekostenverzekering.' Wat de zaak nog compliceert is de heterogeniteit: 'De onoverzichtelijke hoeveelheid behandelaars is voor zorgverzekeraars een knelpunt. Qua tijd is het niet te realiseren met elke individuele behandelaar/therapeut een gesprek aan te gaan. Organisaties, bijvoorbeeld een koepel, die namens grote groepen van behandelaars/therapeuten als gesprekspartner kunnen optreden, zouden de communicatie vergemakkelijken.'

”De onoverzichtelijke hoeveelheid behandelaars is voor zorgverzekeraars een knelpunt”

Het probleem is helder: veel soorten behandelingen en therapieën staan tegenover een veelvoud aan ziektekostenverzekeraars. Een probleem dat oplossing verdient. Hierbij speelt het CBO overigens geen enkele rol, maakt Den Hartog kernachtig duidelijk: 'Het CBO is een dienstverlenende organisatie en geen speler op het politieke veld. Wij zullen ons dus nooit bemoeien met discussies of een bepaalde behandeling wel of niet vergoed zou moeten worden. De neutraliteit van het kennisinstituut CBO is een kostbaar iets. Wij zullen dus ook nooit in de verleiding komen om een element te worden in, bijvoorbeeld, een legitimeringslag.'

Van Iersel durft hier wel een uitspraak over te doen: 'Idealiter moet een beroepsgroep zelf de eigen kwaliteit bewaken. Dat gebeurt soms nog slechts mondjesmaat waarbij ik meteen aantekenen dat een beroepsgroep over weinig machtsmiddelen en financiën beschikt om die doelstelling waar te maken. Wat dat betreft ben ik van mening dat goede initiatieven door verzekeraars gehonoreerd zouden moeten worden.'

Het kernteam

De motor van OKAB is Grete Visser. OKAB mag een succes heten. Wat waren volgens haar de bepalende succesfactoren? 'Kennelijk was de tijd er rijp voor. Hiermee bedoel ik zowel de maatschappij als de beroepsgroep zelf. De maatschappij "besloot" – voor zover dat mogelijk is – opener tegenover alternatieve geneeswijzen te gaan staan en in ieder geval veel minder per definitie negatief – dan voorheen. Vanuit dat motief was de deelname van het ministerie veelzeggend en, wie weet, doorslaggevend. En veel beroepsgroepen wilden niets liever dan aan de slag om te bewijzen voor welke kwaliteit zij staan. Het elan was enorm en elan is een factor die je niet kunt afdwingen.

De samenwerking tussen CBO, Consumentenbond en Nivel heeft vruchten afgeworpen. Op basis van de inventarisatie van het Nivel konden wij precies bepalen op welke terreinen het CBO zich ging richten met haar ondersteuningsactiviteiten. Daardoor werd de hele aanpak meteen ook praktisch.'

Zwijgt even.

'Maar het was vooral erg leuk om te doen', daarmee haar eigen drijfveer weergevend die past bij haar karakter. 'Zonder bezieling kan ik niet werken.'

Ook Van Iersel is positief over de samenwerking: 'Consumentenbond en CBO fungeerden als complementaire organisaties. Wij hadden een toetsende rol terwijl het CBO de betrokken beroepsverenigingen met raad en daad procesmatig kon bijstaan. Voor ons was het prettig dat wij bij vragen konden doorverwijzen naar het CBO. Ik denk ook dat het belangrijk is de tandem Consumentenbond en CBO in de nabije toekomst in stand te houden. Vanuit onze doelstelling kunnen wij namelijk een kwaliteitsbeleid niet begeleiden en ondersteunen. Die expertise zit bij het CBO.'

Dinny de Bakker van het Nivel maakt even pas op de plaats: 'Voor het Nivel houdt de bemoeienis met het alternatieve veld nu even op. Op termijn, bijvoorbeeld in het kader van een volgende Leidschendam-conferentie, zou het interessant zijn om de stand van zaken opnieuw in kaart te brengen en na te gaan waartoe de door de beroepsverenigingen vaak in vrije tijd van bestuursleden getrooste inspanningen nu toe hebben geleid. Dat bedoel ik in de eerste plaats intern in termen van 'betere', meer klantgerichte zorg. Maar ook extern in termen van verankering in het veld van de gezondheidszorg: de relatie met het veld, erkenning door patiëntenorganisaties en contractering door verzekeraars.'

De toekomst

Hoe ziet de toekomst eruit? Visser: 'Ik hoop dat Consumentenbond, CBO en op wat langere termijn mogelijk het Nivel gestaag door mogen werken. De wederzijdse kruisbestuiving is enorm vruchtbaar gebleken.' Zij vervolgt: 'In de nabije toekomst hoop ik dat de beroepsgroep de negatieve bijklank van het woord "alternatief" van zich af kan schudden. Dat woord "alternatief" is zo beladen... Ik vrees dat zelfs wanneer het effect van een bepaalde behandelwijze in een goede studie wordt bewezen, veel reguliere medici nog steeds de schouders ophalen en de resultaten ter zijde schuiven.'

“Zonder bezieling kan ik niet werken”

'Waar de kracht ligt van deze behandelvormen? Zij bieden een uitweg wanneer er geen uitweg meer mogelijk lijkt. Ik denk dan vooral aan chronisch zieken die eindeloos de snelwegen van de reguliere geneeskunde moeten begaan om ten slotte nergens uit te komen.'

Noach ziet de toekomst 'niet vrolijk tegemoet. De maatregel van de overheid inzake de zelfzorgmedicatie wijst erop dat van de overheid weinig sturing en bemoeienis te verwachten valt. Een overheid die weigert kaf en koren te scheiden, laat de patiënten in groeiende verwarring achter. Ik verwacht daarmee in de toekomst een toename van de vraag naar alternatieve behandelingen. En ik betreur dat! Maar als het dan toch gebeurt, dan zou ik wensen dat de regels van de BIG-wet hard toegepast worden. Alternatieve geneeswijzen blijven voor mij veeleer een sociaal probleem dan een medisch probleem. Blijkbaar willen mensen af van de kil en koel ogende praktijkvoering binnen de reguliere geneeskunde.'

Hamelink ziet het geheel in een wat breder perspectief: 'Het is wishful thinking wat ik nu ga zeggen. Ik hoop dat de sociale wetenschappen zich in de nabije toekomst meer gaan bemoeien met het alternatieve beroepsveld. Jaren geleden is er enig onderzoek op dit terrein verricht, bijvoorbeeld naar de motivatie van de patiënt om een alternatief behandelaar te consulteren. Nu lijkt dat vrijwel stil te liggen. Ik zou het toejuichen wanneer onderzoek naar het alternatieve veld weer op de agenda's van de faculteiten verschijnt.' Toch denkt Hamelink ook concreet: 'Het is misschien een wilde gedachte, maar ik kan mij voorstellen dat met hulp van het CBO

een virtuele marktplaats wordt ingericht, een plaats om te chatten op internet. Hier kunnen de bestuurders van beroepsgroepen elkaar vragen stellen en elkanders hulp inroepen. Zo gaat het kwaliteitsbeleid ook intern meer een eigen leven leiden, waardoor niet meteen de hulp van een externe organisatie nodig is.'

De visie van Paul van Dijk op de toekomst is helder: 'OKAB moet doorgaan met het tot op heden betoonde enthousiasme. Als regulier huisarts ben ik natuurlijk een aanhanger van evidence based medicine maar dat laat onverlet dat er in onze maatschappij ook andere normen en waarden zijn, waarmee je als huisarts op integere manier rekening moet houden.' Nuchter is De Bakker: 'In het verleden was onderzoek in het hele alternatieve veld nauwelijks mogelijk. Pogingen daartoe mislukten jammerlijk door interne strijd. Ook was er aanvankelijk groot wantrouwen: 'worden ons de normen van de reguliere sector opgedrongen?' Het onderzoek van het Nivel en vervolgens het ondersteuningstraject van het CBO hebben de verschillende groeperingen in elk geval rond dit thema bijeengebracht en ook geleid tot een opener 'maatschappelijker' opstelling van deze beroepsorganisaties.'

De ontwikkeling die in gang is gezet is belangrijk: een heterogene verzameling verenigingen is bereid geweest energie en geld te steken in het kwaliteitsbeleid. Wat in een luttele periode van vier jaar is bereikt mag er wezen. Toch staan de verenigingen vooralsnog op een, als altijd ietwat tochtig, tussenstation. De eindbestemming ligt verder weg. Enerzijds zal er meer aandacht besteed moeten worden aan het onderzoeken van de effectiviteit van de alternatieve behandelwijzen. Anderzijds moet de praktijkvoering verder verbeterd worden. Uit de onderzoeken van Nivel en de Consumentenbond blijkt dat de ondersteuning van het CBO voor de praktijkvoering doorslaggevend is geweest. Het moet derhalve mogelijk zijn om de joint venture tussen CBO, Nivel en Consumentenbond verder uit te bouwen. Want structuur (Nivel) en ondersteuning (CBO) gekoppeld aan inzicht over de uitkomst van het alternatief geneeskundig handelen (Consumentenbond) vormen een waardevol drieluik.

LITERATUURLIJST

Uitgaven van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO:

Eerste Tussenrapportage OKAB (Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandel/geneeswijzen), augustus 1997.

Tweede Tussenrapportage OKAB(Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandel/geneeswijzen), mei 1998.

Derde Tussenrapportage OKAB(Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandel/geneeswijzen), november 1998.

Vierde Tussenrapportage OKAB(Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandel/geneeswijzen), december 1999.

G. Visser. Eindrapportage Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandel/geneeswijzen (OKAB) over de periode oktober 1996 tot januari 2000, januari 2000.

Uitgaven van de Consumentenbond

*Anders Beter?,
rapport april 1997*

*Kwaliteit alternatieve beroepsorganisatie, vergelijkend onderzoek naar de kwaliteitsbewaking van alternatieve beroepsorganisaties,
rapport oktober 1998*

*Praktijk blijft ver achter bij theorie, alternatieve behandelaars hebben op papier de zaken beter voor elkaar,
Consumentengids, december 1999.*

Telefooncampagne vraagt uw mening over alternatieve behandelwijzen,
Consumentengids, februari 1997: 34-35.

Kwaliteit organisaties alternatieve behandelaars ondermaats,
Consumentengids, november 1998: 62-65.

Praktijk blijft achter bij theorie,
Consumentengids 1999: 46-48.

Uitgaven van het Nivel (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen, rapport eerste fase,
de stand van zaken in 1996,
februari 1997.

Kwaliteitsbeleid in ontwikkeling bij beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen,
ervaringen met het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbeleid door beroepsorganisaties van
alternatieve genees- en behandelwijzen,
februari 1998.

Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen in 2000,
rapport derde fase, februari 2000.

Diverse publicaties

P. Fokkens. De kwaliteitstrein van de additieven krijgt een slinger. Care 38, oktober 1996.

P. Fokkens. De complementaire helpdesk krijgt poten. Care 40, februari/maart 1997.

G.J. Visser, G. Visser. Het kaf en het koren. Kwaliteit in Beeld 6, 1997.

Alternatieve Geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (CAG NRV). Advies Beroepsuitoefening en opleidingen Alternatieve geneeswijzen. Gezondheidsraad, Zoetermeer 1990.

Alternatieve behandelwijzen en wetenschappelijk onderzoek: advies uitgebracht door de Commissie Alternatieve Behandelwijzen van de Gezondheidsraad aan de Minister en Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Gezondheidsraad, augustus 1993.

P. Lannoye. Verslag over de status van de niet-conventionele geneeskunde, Europees Parlement, mei 1997.

Criteria beroepsuitoefening alternatieve gezondheidszorg, LOPAG (Landelijk Overleg Patiëntenorganisaties in de Alternatieve Gezondheidszorg), Utrecht 1992.

De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief; alternatieve geneeswijzen, NP/CF. Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, Utrecht 1996.