

Project samenwerking reguliere en alternatieve genezers

Deelonderzoek 1

HAALBAARHEID EXPERIMENTELE SAMENWERKINGSVERBANDEN VAN HUISARTSEN EN
ALTERNATIEVE GENEZERS

 NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

P. Kuindersma
L. Peters

juli 1988

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kuindersma, P.

Haalbaarheid experimentele samenwerkingsverbanden van huisartsen en
alternatieve genezers / P. Kuindersma, L. Peters. - Utrecht : Neder-
lands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL

ISBN 90-6905-071-4

SISO 601.51 UDC 614.2

Trefw.: huisartsen en alternatieve genezers ; samenwerking.

Typewerk: Guusje Verweij

Vormgeving en lay-out: Mieke Cornelius

VOORWOORD

In dit rapport wordt verslag gedaan van een haalbaarheidsstudie waarin de mogelijkheden tot oprichting van experimentele samenwerkingsverbanden tussen reguliere artsen (in dit geval huisartsen) en alternatieve genezers onderzocht zijn.

Deze studie vormt te zamen met een onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en alternatieve genezers en een onderzoek naar de samenwerking tussen reumatologen en alternatieve genezers het project 'Samenwerking reguliere en alternatieve genezers'. De rapportages over de twee laatstgenoemde onderzoeken zullen respectievelijk eind 1988 en eind 1989 gepubliceerd worden.

Ten behoeve van de haalbaarheidsstudie heeft een groot aantal personen en organisaties, zowel uit het 'reguliere' en 'alternatieve' veld als uit beleids- en financiële kringen, hun medewerking verleend in de vorm van interviews, het invullen van schriftelijke enquêtes en deelname aan twee consensusconferenties. Voor hun bijdrage willen wij hun dank zeggen.

De uitvoering van het onderzoek was in handen van drs. P. Kuindersma. De projectleiding berustte bij drs. L. Peters.

De opdrachtgever van het project, het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, heeft ten behoeve van de begeleiding van het project een commissie ingesteld met als taak het adviseren over de uitvoering van en de rapportage over het project. Deze commissie is als volgt samengesteld:

- De heer Prof. dr. J.C. van Es, tevens voorzitter van de commissie;
- De heer W.J. Waal, huisarts, vertegenwoordiger van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en de heer W.R. Roelink, arts, plaatsvervangend lid;
- Mevrouw Mr. M.E. Kroes, vertegenwoordiger van de Ziekenfondsraad (ZFR) en mevrouw Mr. G.L.N. Romijn, plaatsvervangend lid;
- De heer P.W. Groen, vertegenwoordiger van de Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers (NOVAG);
- De heer A. van der Marel, huisarts, vertegenwoordiger van het Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen (AAG);
- De heer Dr. J.J. Rasker, reumatoloog, vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging van Reumatologen en de heer Dr. H. van der Leeden, reumatoloog, plaatsvervangend lid;
- Mevrouw Drs. M.G. Andela, vertegenwoordiger van de Consumentenbond;

- Mevrouw Drs. J.M. Bensing, vertegenwoordiger van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL);
- De heer Drs. H.J. Smid, vertegenwoordiger van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) en mevrouw Mr. J.J.M. Engering, plaatsvervangend lid;
- De heer A.C.J. Gerritsen, huisarts, vertegenwoordiger van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

INHOUDSOPGAVE

	pag
1. INLEIDING	
1.1. Doel van de haalbaarheidsstudie	5
1.2. Vraagstelling	5
1.3. Onderzoeksopzet	6
1.4. Verloop van het onderzoek	7
2. SCHETS VAN DE UITGANGSSITUATIE	11
2.1 Inleiding	11
2.2. Omvang van het gebruik van alternatieve geneeswijzen	11
2.3. Aantal alternatieve genezers	12
2.4. Kosten	13
2.5. Vergoeding van hulp door alternatieve genezers	13
2.6. Samenvatting	18
3. BEREIDHEID TOT SAMENWERKING	19
3.1. Inleiding	19
3.2. Patiënten	19
3.3. Huisartsen	20
3.4. Alternatieve genezers	21
3.5. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars	23
3.6. Samenvatting	23
4. ASPECTEN EN CONDITIES VAN SAMENWERKINGSEXPERIMENTEN	25
4.1. Inleiding	25
4.2. Doel en aard van de experimenten	25
4.3. Deelnemers aan het experiment	26
4.4. Kwaliteitseisen	27
4.5. Huisvesting	30
4.6. Juridische aspecten	31
4.7. Samenvatting en conclusies	34
5. OPZET VAN TWEE EXPERIMENTEN	37
5.1. Inleiding	37
5.2. Procedurele condities	37
5.3. Evaluatie van de experimenten	38
5.4. Experiment binnen een ziekenfondsregio	39
5.5. Experimenten vanuit 'reguliere' gezondheidscentra	42
5.6. Financiële aspecten van experimenten	44

6. SLOTBESCHOUWING EN AANBEVELINGEN	47
6.1. Kanttekeningen bij het onderzoek	47
6.2. Enkele resultaten samengevat	48
6.3. Aanbevelingen	49
 GERAADPLEEGDE LITERATUUR	 51
 BIJLAGEN	 55
1. Checklist, gebruikt bij de interviews	57
2. Interimrapport	62
3. Enquête ziekenfondsen	81
4. Conferentieverslagen	89
5. Overzicht vergoedingsmogelijkheden ziekenfondsen	105
6. Uitslag enquête gezondheidscentra	106
 GEBRUIKTE AFKORTINGEN	 108

1. INLEIDING

1.1. Doel van de haalbaarheidsstudie

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur gaf in de "Voortgangsnota alternatieve geneeswijzen" (februari 1986) de Tweede Kamer te kennen dat hij voornemens was '..... een onderzoek te laten instellen naar de mogelijkheden (en de kosten daarvan) experimentele samenwerkingsverbanden op te richten of aan bestaande centra te verbinden, waarin op bescheiden schaal reguliere artsen de hulp van alternatieve artsen en therapeuten kunnen inroepen'.

Naar aanleiding van deze nota heeft het Ministerie van WVC aan het NIVEL opdracht verleend tot het uitvoeren van een drietal deelonderzoeken waarvan het eerste, "Haalbaarheid Samenwerkingsexperimenten", diende uit te monden in een of meerdere 'blauwdrukken' van mogelijk in te voeren (experimentele) samenwerkingsverbanden tussen reguliere en alternatieve hulpverleners. Daarbij zou gelet moeten worden op wat 'denkbaar' alsook op wat 'haalbaar' wordt geacht.

Achterliggende gedachte bij dit deelonderzoek is dat dergelijke experimentele samenwerkingsverbanden een groot aantal ervaringsgegevens zullen opleveren ter beantwoording van de vraag of en zo ja in welke vorm een integratie van reguliere en alternatieve geneeswijzen in de praktijk gestalte kan worden gegeven. Op verzoek van de opdrachtgever van het project is, wat betreft de deelname van reguliere genezers aan samenwerkingsexperimenten, uitsluitend aandacht aan huisartsen besteed.

1.2. Vraagstelling

Bij de uitwerking van de centrale doelstelling van het onderzoek stond voorop dat niet bij voorbaat een inperking moest plaatsvinden wat betreft het doel van het experiment, de vormgeving van het experiment alsook de deelnemende alternatieve disciplines. Wel speelde een rol dat de ervaringen met het experiment, indien positief, op ruimere schaal toepasbaar moeten zijn. Dit betekent dat de haalbaarheid van een experiment getoetst moet zijn aan de behoeften en wensen van direct betrokkenen als patiënten, huisartsen en alternatieve genezers. Maar ook moet het experiment zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande, of op korte termijn te verwachten vergoedingsmog-

lijkheden van het gebruik van alternatieve geneeswijzen door patiënten en bij de voorwaarden die door ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars aan vergoeding verbonden worden (al dan niet 'reguliere' vooropleiding, vrije toegang dan wel na verwijzing door de huisarts e.d.).

Samenwerking(sverbanden) tussen huisartsen en alternatieve genezers kunnen niet alleen verschillende doelen beogen maar ook, bij eenzelfde doelstelling, op verschillende wijze vormgegeven worden. Samenwerking kan uiteenlopen van het elkaar informeren over behandelingsmogelijkheden tot een intensieve samenwerking die zowel in de huisvesting (onder één dak) als in de activiteiten (wederzijdse consultatie, gezamenlijke behandeling) tot uitdrukking komt.

Om bij de realisering van de doelstelling van het onderzoek ('het vaststellen van de mogelijkheden tot oprichting van experimentele samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en alternatieve genezers') met al deze aspecten rekening te houden, is in het onderzoek getracht antwoord te geven op een vijftal vragen:

- a. welke vormen en aspecten van samenwerking tussen huisartsen en alternatieve genezers kunnen (in theorie) onderscheiden worden;
- b. hoe is het momenteel gesteld met deze samenwerking en met de vergoedingsmogelijkheden van het gebruik van alternatieve geneeswijzen;
- c. bestaat er onder huisartsen, alternatieve genezers, patiënten en financiers de behoefte om de mogelijkheden van samenwerking tussen huisartsen en alternatieve genezers te onderzoeken en zo ja,
- d. welk soort samenwerkingsverband komt naar de mening van deze betrokkenen het meest in aanmerking om op experimentele basis in te voeren;
- e. kan, op basis van de antwoorden op voorgaande vragen, gesteld worden dat oprichting van experimentele samenwerkingsverbanden mogelijk en wenselijk is en zo ja, welke samenwerkingsvorm(en) komt (komen) hiervoor in eerste instantie in aanmerking.

Hoe deze vragen in een onderzoeksopzet verwerkt zijn wordt in de volgende paragraaf behandeld.

1.3. Onderzoeksopzet

In het onderzoek is een werkwijze gevolgd die is afgeleid van de Delphi-methode (vergelijk onder andere Linstone en Turoff, 1975).

Deze werkwijze houdt in dat vanuit een aanvankelijk brede invalshoek ('welke samenwerking modellen zijn denkbaar') in de loop van het onderzoek is toegewerkt naar concrete samenwerkingsmodellen die naar het oordeel van diverse betrokkenen voor realisering in aanmerking komen. In dit proces hebben vertegenwoordigers van huisartsen, alternatieve genezers, patiënten en van instanties die in de voorwaarden scheppende sfeer werkzaam zijn (beleid, financiers) actief deelgenomen in de vorm van deelname aan twee consensusconferenties.

In de opzet van het onderzoek is aan deze Delphi-benadering in vier onderdelen gestalte gegeven:

1. Op basis van een korte literatuurstudie, aangevuld met enkele expertinterviews, is nagegaan welke aspecten van samenwerking tussen huisartsen en alternatieve genezers in theorie onderscheiden kunnen worden en welke organisaties voor de volgende fasen van het onderzoek het meest in aanmerking zouden komen.
2. Vervolgens zijn, aan de hand van een op onderdeel 1 gebaseerde checklist, interviews gehouden met vertegenwoordigers van huisartsen, alternatieve genezers, patiënten en organisaties in de beleids- en financiële sfeer. Deze - in totaal 11 - interviews waren gericht op de vraag of men samenwerkingsexperimenten gewenst acht, zo ja of men er medewerking aan zou willen verlenen en hoe eventuele experimenten eruit zouden moeten zien.
3. Parallel aan deze interviewronde zijn alle ziekenfondsen en een tiental ziektekostenverzekeraars schriftelijk geënkquêteerd betreffende de regelingen voor het vergoeden van het gebruik van alternatieve geneeswijzen en de bereidheid aan eventuele experimenten medewerking te verlenen.
4. Ten slotte zijn een tweetal consensusconferenties gehouden, waarbij - tussen de conferenties - een korte schriftelijke peiling onder gezondheidscentra gehouden is naar hun bereidheid om aan een samenwerkingsexperiment met alternatieve genezers deel te nemen.

Behalve van de gegevens die de hiervoor genoemde vier onderdelen hebben opgeleverd is tijdens het onderzoek tevens gebruik gemaakt van materiaal dat in het kader van deelonderzoek II van het project verzameld is uit een landelijke enquête onder huisartsen.

1.4. Verloop van het onderzoek

Uit de literatuurstudie en een eerste serie gesprekken met deskundi-

gen bleek reeds hoezeer het onderwerp zou moeten worden ingeperkt. Er zijn tientallen alternatieve geneeswijzen, en een honderdtal organisaties van en voor genezers, patiënten en andere belangstellenden (zie bijvoorbeeld Van Dijk, 1986 en Maassen van den Brink en Vorst, 1986).

Een alom aanvaarde definitie van wat 'alternatieve geneeswijzen' zijn, bestaat evenwel niet. Vaak gehoord is de aanduiding 'die geneeswijzen die niet aan een door de overheid erkende opleidingsinstelling worden onderwezen', maar deze gaat voor bijvoorbeeld de homeopathie niet op. Een andere omschrijving, die evenmin aangeeft wat alternatieve geneeswijzen nu wél zijn, luidt: 'die behandelingen, methoden en technieken die in de kring van (reguliere) beroepsbeoefenaren niet gebruikelijk zijn'. Deze definitie draagt evenzeer het karakter van tijdelijkheid in zich; wat gisteren alternatief was kan morgen regulier zijn als maar voldoende beroepsgenoten zich in de tussentijd de toepassing ervan eigen hebben gemaakt. Dit zou zich bijvoorbeeld over enige tijd kunnen voordoen ten aanzien van de manuele therapie uitgeoefend door fysiotherapeuten.

Ten slotte zijn er definities die een al of niet terecht fundamenteeler onderscheid maken, op paradigma-niveau, tussen de alternatieve, holistische geneeswijzen en de reguliere, op een 'descartaans, reductionistisch, causaal-wetenschappelijk model' gebaseerde geneesmethoden.

Hoewel in dit onderzoek geen principiële keuze voor een bepaalde definitie is gemaakt, is om praktische redenen besloten het onderzoek te beperken tot de georganiseerde alternatieve genezers van de door de commissie Muntendam (NRV, 1981) benoemde hoofdstromingen: acupunctuur, homeopathie, manuele geneeswijze, paranormale geneeswijze, anthroposofische geneeswijze en de natuurgeneeswijzen.

Vervolgens werd ten behoeve van de interviews een checklist opgesteld en op basis van gesprekken met experts en andere betrokkenen bijgesteld. In deze checklist zijn de volgende onderwerpen opgenomen:

- Wensen betreffende integratie reguliere en alternatieve geneeskunde;
- Omvang en niveau van samenwerkingsexperimenten;
- Doelstelling van experimenten;
- Deelnemers aan samenwerkingsexperimenten;
- Samenwerking tussen deelnemers;
- Financiële aspecten;
- Evaluatie van de experimenten.

Een exemplaar van deze checklist is als bijlage 1 in dit rapport opgenomen.

Met vertegenwoordigers van de volgende elf organisaties is aan de hand van deze checklist een semi-gestructureerd interview gehouden:

- Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen (AAG);
- Hoofdinspectie Volksgezondheid, afdeling Paramedische beroepen;
- Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ);
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV);
- Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen (LONG);
- Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG);
- Organisatie voor Paranormale Genezers (NFPN);
- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA);
- Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT);
- Vereniging Natuurgeneeskundige Therapeuten (VNT);
- Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ).

Van elk gesprek werd een verslag gemaakt dat ter controle en correctie aan de geïnterviewde werd toegezonden. De aldus verzamelde informatie is naderhand verwerkt in een interimrapport.

Tezelfdertijd en op dezelfde wijze is eveneens een enquête-formulier voor ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars, betreffende de geldende en toekomstige regelingen voor vergoeding van het gebruik van alternatieve geneeswijzen, de wensen betreffende experimenten en de bereidheid tot deelname daaraan, opgesteld en verzonden. Een exemplaar van deze enquête, in de versie voor ziekenfondsen, is als bijlage 3 in dit rapport opgenomen.

Met de zo ter beschikking gekomen gegevens kon de voorbereiding van de conferentie aanvangen. Op basis van literatuuronderzoek, de resultaten van de interviewronde, de schriftelijke enquête onder ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars, alsmede de voorlopige resultaten van een in het kader van het tweede deelonderzoek afgenomen landelijke enquête onder huisartsen werd een interimrapport samengesteld dat als achtergrondmateriaal voor de eerste consensusconferentie heeft geleid (dit interimrapport is voor een deel als bijlage 2 in dit rapport opgenomen).

In dit interimrapport werd onder andere geconcludeerd dat veel organisaties de deelname van alternatieve genezers aan experimenten wilden beperken tot artsen en paramedici met kennis van alternatieve geneeswijzen. Op nadrukkelijk verzoek van de opdrachtgever werd evenwel besloten in principe de mogelijkheid niet-(para)medici bij

de experimenten te betrekken, open te houden en hun organisaties en verenigingen tot de conferentie toe te laten, zij het dat, gezien hun grote aantal, slechts de koepelorganisaties zouden worden uitgenodigd. Dit laatste gold in principe ook voor de te benaderen organisaties uit de andere sectoren. Aan de conferenties hebben vertegenwoordigers van de volgende organisaties deelgenomen.

- Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen;
- Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid;
- Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekers;
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- Landelijke Huisartsen Vereniging;
- Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen;
- Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen;
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;
- Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers (NOVAG);
- Stichting Samenwerkende Ziekenfondsen Friesland;
- Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen.

Op de eerste conferentie zijn achtereenvolgens de doelstellingen van het experiment, de aard van de samenwerking, de huisvesting, de deelnemende alternatieve geneeswijzen en de kwaliteitseisen besproken. Tijdens de tweede conferentie zijn de aan de deelnemende alternatieve genezers te stellen opleidingseisen, de financiële en juridische aspecten van het experiment alsmede de opzet van twee experimentele samenwerkingsverbanden aan de orde geweest. Van deze conferenties werd een verslag gemaakt dat ter controle en correctie aan de deelnemers werd toegezonden. Bijlage 4 levert een - ten dele verkorte - weergave van de conferentieverslagen.

2. SCHETS VAN DE UITGANGSSITUATIE

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden in kort bestek enkele achtergrondaspecten voor samenwerking (sexperimenten) tussen huisartsen en alternatieve genezers geschetst. Op basis van literatuur en in het kader van in het onderhavige onderzoek gehouden enquêtes onder ziekenfondsen en particuliere verzekeraars wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan de vraag hoe veel mensen hoe vaak alternatieve genezers raadplegen, het aantal alternatieve genezers en enkele financiële aspecten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen.

2.2. Omvang van het gebruik van alternatieve geneeswijzen

Over de omvang van het gebruik van alternatieve geneeswijzen wordt niet regelmatig en evenmin eenduidig gerapporteerd. De belangrijkste publikaties in de jaren zeventig en tachtig betreffen niet altijd dezelfde geneeswijzen, of dezelfde parameters. De cijfers laten zich daarom moeilijk vergelijken.

Uit een enquête van het bureau Lagendijk (1980) blijkt dat 21% van de bevolking ouder dan 18 jaar ooit (8% nog geen jaar geleden) voor zichzelf of voor de kinderen een 'natuurgeneeskundige' (gevraagd is naar een magnetiseur, homeopaat, kruidengeneeskundige of acupuncturist) geraadpleegd heeft; het NIPG (Ooijendijk e.a., 1980) meldt dat 18.2% van de bevolking ouder dan 19 jaar ooit (6.9% nog geen jaar geleden) wel eens bij een alternatieve arts of genezer is geweest.

Van Sonsbeek noemt een percentage van 6.4% dat in 1981 het afgelopen jaar een alternatieve genezer of alternatieve huisarts heeft geraadpleegd en een percentage van 6.3% in 1982 (Van Sonsbeek, 1984). Maassen van den Brink meldt ten slotte een aantal van 1.1 miljoen patiënten (= 7.5%) dat in 1986 een alternatieve genezer (inclusief huisarts) heeft geraadpleegd (Maassen van den Brink, 1987).

Het aantal contacten tussen patiënten en alternatieve genezers werd voor 1979 geschat op 7 miljoen (Van Dijk en Aakster, 1980); voor 1980 op 5.1 à 6.6 miljoen (Ooijendijk e.a., 1980); voor 1983 op 5.4 miljoen, waarvan 40% met de eigen huisarts (Van Sonsbeek, 1983). Maassen van den Brink (1987) schat het aantal contacten met alterna-

tieve genezers - tot welke categorie zowel artsen als niet-artsen gerekend worden - thans op ± 12 miljoen per jaar.

Ter vergelijking enige gegevens uit de CBS-gezondheidsenquête over het raadplegen van reguliere hulpverleners. In 1986 consulteerde 73% van de bevolking een huisarts, 10% een fysiotherapeut, 4.3% een specialist (Swinkels, 1987). Op basis van CBS-enquêtegegevens over 1986 kan berekend worden dat het totaal aantal contacten met huisartsen ± 51.1 miljoen en met specialisten 23.5 miljoen bedroeg. Uit CBS-enquêtegegevens over 1985 en 1986 (Frenken, 1987) kan berekend worden dat het totaal aantal jaarlijkse contacten met fysiotherapeuten ± 29.2 miljoen omvatte.

2.3. Aantal alternatieve genezers

Van Dijk (1977) meldt, op grond van door beroepsorganisaties van alternatieve therapeuten beschikbaar gestelde gegevens, dat in 1976 in Nederland in totaal 1879 alternatieve artsen en therapeuten werkzaam waren.

Van Dijk en Aakster (1980) noemen voor 1979 een aantal van ruim 2400 (onder wie 700 artsen); Van Dijk (1984) geeft voor het jaar 1982 een aantal van bijna 3300 op.

Maassen van den Brink (1986) stelde, op basis van schattingen door bestuursleden van organisaties, per medio 1985 een aantal van 3061 georganiseerde alternatieve genezers vast; in 1986 waren er al meer dan 4100 (Maassen van den Brink, 1987). Vermoedelijk zijn er thans meer dan 1000 (huis)artsen die één of meer alternatieve geneeswijzen beoefenen, althans een door de AAG erkende opleiding hebben genoten (bij de AAG zijn ± 800 artsen aangesloten; een woordvoerder van de AAG schatte dat ± 200 artsen wel een door de AAG erkende opleiding hebben gevolgd, maar geen lid zijn geworden van een bij de AAG aangesloten vereniging), en meer dan 1500 fysiotherapeuten (het leden-tal van de NVMT is 1100, dat van de NVA 600).

Het aantal ongeorganiseerde alternatieve genezers is onbekend. Volgens de NOVAG is hun aantal minstens even groot als dat van de georganiseerden (mondelinge mededeling). Maassen van den Brink (1987) meldt op basis van schattingen door beroepsorganisaties een aantal van 5000 ongeorganiseerde beroepsbeoefenaren.

Ter vergelijking: er waren per 1 januari 1987 6205 zelfstandig gevestigde huisartsen en per 1 januari 1986 8966 fysiotherapeuten en heilgymnasten/masseurs in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam (Van Dam en Hingstman, 1987), terwijl per 1 januari 1985 10796 spe-

cialisten bij de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid waren geregistreerd (GHIV, 1987).

2.4. Kosten

Over het totaalbedrag dat jaarlijks aan alternatieve geneeswijzen besteed wordt zijn geen exacte cijfers bekend. Een aantal jaren geleden schatte het NIPG (Ooijendijk e.a. 1980) de kosten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen op 175 tot 200 miljoen gulden per jaar; Maassen van de Brink (1987) noemde onlangs een bedrag van 400 tot 600 miljoen gulden aan consulten per jaar. Aakster (1987) maakte op het LOPAG-congres van november 1987 bekend dat de leden van de Nehoma, koepeloverleg van de fabrikanten en importeurs van alternatieve preparaten, hun gezamenlijke jaaromzet hadden getaxeerd op 60 miljoen gulden.

Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars (voor zover huisartsen-hulp wordt meeverzekerd) vergoeden alternatieve behandelingen gegeven door de eigen huisarts. Daarnaast bieden sommige fondsen en particuliere verzekeraars hun cliënten een aanvullend verzekeringspakket aan waarin alternatieve behandelingen door anderen dan de eigen huisarts ten dele vergoed wordt. Van één ziekenfonds kregen we vertrouwelijke gegevens, over de eerste helft van 1987, betreffende de vergoedingen (uit de aanvullende verzekering) voor het gebruik van acupunctuur, homeopathie, manuele therapie, anthroposofische- en natuurgeneeskunde. Het bleek om een uiterst gering totaalbedrag te gaan. Om de gedachten te bepalen: als voormeld fonds representatief zou zijn, zou een ziekenfonds met 300.000 verzekerden, dat per jaar alleen al aan reguliere verstrekkingen meer dan 500 miljoen gulden vergoedt, via de aanvullende verzekering aan alternatieve geneeswijzen (consulten en middelen) ongeveer 100 à 150 duizend gulden per jaar betalen; ten opzichte van genoemde reguliere verstrekkingen minder dan 0.03%. Alle fondsen te zamen zouden dan via de aanvullende verzekering per jaar \pm 6 miljoen gulden uitkeren met betrekking tot alternatieve geneeswijzen.

2.5. Vergoeding van hulp door alternatieve genezers

Vergoeding door ziekenfondsen

Voor ziekenfondspatiënten is de alternatieve hulp gegeven door de eigen huisarts 'gratis': alle consulten, dus ook die van alternatie-

ve aard zijn in het abonnementstarief begrepen. Daarnaast blijkt uit de enquête onder 45 ziekenfondsen (de respons was 100%), dat per 1 november 1987 26 fondsen - maar dan via de vrijwillige aanvullende verzekering - een of meerdere alternatieve geneeswijzen vergoeden, ook als deze door anderen dan de eigen huisarts worden toegepast. Drie fondsen hebben concrete plannen om dit op korte termijn eveneens te gaan doen; zes fondsen overwegen de bestaande dekking uit te breiden.

De fondsen die geen alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekering hebben opgenomen, zijn met name gevestigd in het zuid-westen van ons land: Den Haag, Rotterdam en omstreken, Zeeland en Noord-Brabant; alsmede in de Gooi- en Veluwe-streek.

De fondsen die wel een vergoedingsregeling kennen, bieden vrijwel alle een ander pakket aan. Sommige alternatieve geneeswijzen worden door maar weinig fondsen vergoed, andere geneeswijzen überhaupt niet.

Tabel 2.1 geeft per geneeswijze een overzicht van het aantal fondsen dat via de aanvullende verzekering een vergoedingsmogelijkheid biedt, bijlage 5 bevat een overzicht van vergoedingsmogelijkheden per ziekenfonds.

Tabel 2.1.: aantal ziekenfondsen dat via de aanvullende verzekering een alternatieve geneeswijze vergoedt, per 1 november 1987 (totaal aantal ziekenfondsen, n = 45)

alternatieve geneeswijze	aantal fondsen*
homeopathie	26 (29)
acupunctuur	22 (28)
anthroposofische geneeskunde	20 (24)
anthroposofische therapie	8 (9)
natuurgeneeskunde	17 (21)
chiropractie	13 (18)
flebologie	16 (16)
manuele therapie (Eindhoven)	11 (16)
manuele therapie (Sickesz)	10 (16)
manuele therapie (Utrecht)	9 (13)
proctologie	8 (9)
Moermantherapie	8 (9)
enzymtherapie	6 (7)
neuraaltherapie	1 (2)
podo-orthesiologie	0
celtherapie	0
paranormale geneeswijze	0
iriscopie	0

* Tussen haakjes de vermoedelijke aantallen per 1 juli 1988.

Vrijwel al deze ziekenfondsen vergoeden de genoemde geneeswijzen zonder dat de patiënt door de huisarts verwezen moet zijn (uitzonderingen betreffen met name flebologie en proctologie), de alternatieve geneeswijze moet echter wel worden beoefend door een arts (soms fysiotherapeut) die lid is van een door het fonds erkende organisatie. Vergoeding van geneesmiddelen geschiedt alleen binnen de grenzen van de Ziekenfondswet en de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. In alle gevallen is sprake van beperkingen als maximum-vergoeding en/of eigen risico.

Ten aanzien van de manuele therapie door fysiotherapeuten moet worden opgemerkt dat alle fondsen dit, als bewegingstherapie (oefentherapie) in de zin van het Fysiotherapiebesluit 1977, uit de hoofdezekerings vergoeden. Daarenboven zijn er dus elf fondsen die - uit de

aanvullende verzekering - één of meer vormen van manuele therapie als zodanig vergoeden.

Hoewel geconcludeerd kan worden dat steeds meer ziekenfondsen in het kader van de aanvullende verzekering - onder voorwaarden - vergoedingsmogelijkheden bieden, is het niet waarschijnlijk dat alternatieve geneeswijzen als zodanig in de nabije toekomst in het standaard ziekenfondspakket - of in het door de Commissie Dekker voorgestelde basispakket - zullen worden opgenomen. Zo wijst Van der Veen (1987) op een drietal verzekeringstechnische aspecten die opname in het ziekenfondspakket bemoeilijken: de Ziekenfondswet voorziet in een in natura gegarandeerd verstrekkingspakket (in tegenstelling tot particuliere verzekeringen); er dienen overeenkomsten met gekwalificeerde hulpverleners gesloten te worden en de centrale positie van de huisarts verhoudt zich moeilijk met een verstrekking alternatieve geneeswijzen.

Vergoeding door particuliere verzekeraars

De enquête onder vijf grote en vijf kleine ziektekostenverzekeraars, naar het vergoeden van alternatieve geneeswijzen en naar eventuele belangstelling voor samenwerkingsexperimenten leverde slechts 3 reacties op, vermoedelijk mede omdat tegelijkertijd de Consumentenbond eveneens een onderzoek naar vergoeding van alternatieve geneeswijzen verrichtte. Zo stuurde één der respondenten onder verwijzing naar dat onderzoek, het enquêteformulier blanco terug.

Het KLOZ meldde in 1985 dat 54 van de 63 ziektekostenverzekeraars een vergoeding kenden voor het gebruik van alternatieve geneeswijzen, (KLOZ-Info, 2, nr. 3, 1985).

Uit het onderzoek van de Consumentenbond (1987) naar de polisvoorwaarden van 36 grote maatschappijen blijkt dat deze vaker alternatieve geneeswijzen vergoeden dan de ziekenfondsen, hetzij via de gewone ziektekostenverzekering, hetzij via een losse, aanvullende verzekeringsmogelijkheid (zie tabel 2.2).

Tabel 2.2.: aantal grote ziektekostenverzekeraars dat al dan niet via een aanvullende verzekering een alternatieve geneeswijze vergoedt (totaal aantal onderzochte verzekeraars, n = 36)*

alternatieve geneeswijze	aantal verzekeraars
homeopathie	36
acupunctuur	36
anthroposofische geneeskunde	34
natuurgeneeskunde	35
chiropractie	35
flebologie	35
manuele therapie	36
proctologie	15
Moermantherapie	36
enzymtherapie	31
neuraaltherapie	9
paranormale geneeswijze	11

* Gegevens afgeleid uit 'De Consumentengids', november 1987.

Ook bij particuliere verzekeraars is de vergoeding aan beperkingen als eigen risico en maximumbedrag gebonden. Enkele verzekeraars vergoeden ook indien de genezer geen arts of fysiotherapeut is. Wel is steeds het lidmaatschap van een erkende organisatie vereist. Vergelijken met de dekking door ziekenfondsen, is opvallend dat Moerman- en enzymtherapie veel meer geaccepteerd worden, evenals flebologie en chiropractie, en dat 11 maatschappijen de paranormale geneeswijze vergoeden.

Fiscale regelingen

Uitgaven terzake van ziekten waarvoor geen vergoeding wordt ontvangen, zijn bij de vaststelling van het belastbaar inkomen in principe als buitengewone lasten aftrekbaar van het onzuiver inkomen van de belastingplichtige. Enkele organisaties van alternatieve genezers wezen op het feit dat de diverse Inspecties van de Belastingdienst deze regel verschillend interpreteren. Sommige Inspecties accepteren de kosten van een consult bij een alternatieve genezer als aftrekpost, andere niet. Soms worden de kosten van bijvoorbeeld voedings-suppleties wel in aanmerking genomen, soms niet. Het beleid kan bo-

vendien per Inspectie van jaar tot jaar verschillen. Voor de patiënt is zelden tevoren duidelijk wat geaccepteerd zal worden en wat niet.

2.6. Samenvatting

De belangstelling voor alternatieve geneeswijzen neemt toe. Ruim een miljoen Nederlanders maakt er jaarlijks één of meer keren gebruik van. Het aantal contacten tussen patiënten en alternatieve genezers steeg in dit decennium van ruim 5 tot meer dan 10 miljoen per jaar. Het aantal georganiseerde alternatieve genezers steeg in deze periode van ongeveer 2000 tot meer dan 4000. Minstens 1000 artsen en 1400 fysiotherapeuten volgden een (door sommige) ziekenfondsen en particuliere verzekeraars erkende opleiding tot alternatieve genezer. Alternatieve hulp, verleend door de eigen huisarts, wordt door alle verzekeraars vergoed. Daarnaast bieden 26 van de 45 ziekenfondsen, en 54 van de 63 ziektekostenverzekeraars aan hun cliënten de mogelijkheid zich aanvullend te verzekeren tegen een deel van de kosten van bepaalde geneeswijzen, met name homeopathie, acupunctuur, manuele therapie, anthroposofische geneeskunde en natuurgeneeskunde. In tegenstelling tot de hulpverlening door bijvoorbeeld medisch specialisten en fysiotherapeuten wordt aan de vergoeding bijna nooit de voorwaarde verbonden dat de patiënt door de huisarts verwezen moet zijn. Wel worden er veelal condities gesteld aan de alternatieve genezer: hij of zij moet een (para)medische (voor)opleiding hebben gevolgd en lid zijn van een beroepsorganisatie.

3. BEREIDHEID TOT SAMENWERKING

3.1. Inleiding

In het algemeen zal samenwerking tussen hulpverleners gestalte krijgen als beide partijen er voordeel van ondervinden. Samenwerking kost tijd en daar moet wat tegenover staan. Daarnaast, en in sommige gevallen zal dat samenvallen met een positieve waardering van de samenwerking, is er sprake van een van 'bovenaf' opgelegde samenwerking. Zo is de toegang tot de intramurale gezondheidszorg (maar ook de extramurale fysiotherapie) formeel afhankelijk van een verwijzing door een huisarts. In de praktijk zal echter de bereidheid tot samenwerking in grote mate afhangen van de wederzijdse acceptatie.

In dit hoofdstuk behandelen we de samenwerking tussen huisartsen en alternatieve genezers vanuit twee invalshoeken: de huidige stand van zaken en de bereidheid, dan wel de behoefte de samenwerking te verbeteren. Behalve op onderzoeksliteratuur baseren we ons op drie bronnen: de onder ziekenfondsen en particuliere verzekeraars gehouden enquêtes, interviews met diverse betrokkenen en de resultaten van het lopende NIVEL-onderzoek 'Huisarts en alternatieve geneeswijzen'.

3.2. Patiënten

Naar de ervaringen van patiënten met samenwerking tussen huisartsen en alternatieve genezers en hun oordeel daarover is geen systematisch onderzoek verricht. Wel is uit onderzoek bekend dat huisartsen in veel gevallen niet op de hoogte zijn van de contacten die hun patiënten met alternatieve genezers hebben. Het percentage patiënten dat hun huisarts niet inlicht over hun bezoeken aan alternatieve genezers loopt in de diverse onderzoeken (Van de Val, 1960; Winkler Prins, 1966; Bakker, 1976; Van Dijk, 1978; Ooyendijk e.a., 1980) echter sterk uiteen, namelijk van 10% tot zelfs 90%. Omdat naar de motieven van deze patiënten geen onderzoek is gedaan, mag dan ook niet geconcludeerd worden dat patiënten een (goede) samenwerking tussen huisarts en alternatieve genezer onbelangrijk vinden. Tijdens het interview met de LOPAG kwam althans het tegendeel naar voren. Tijdens dit gesprek werd het belang van samenwerking sterk door de geïnterviewde benadrukt.

3.3. Huisartsen

De acceptatie van alternatieve geneeswijzen onder huisartsen is in het verleden weinig onderzocht.

Twintig jaar geleden had ongeveer de helft van 373 geënquêteerde huisartsen er geen bezwaar tegen om 'een opgegeven, respectievelijk psychosomatische patiënt naar een onbevoegde genezer te laten gaan' (60 respectievelijk 45%), mits zij hun patiënten konden blijven begeleiden; 47% was voorstander van een wettelijke regeling in die zin dat onbevoegde genezers, mits onder medische supervisie, hun praktijk mochten uitoefenen (Cannegieter, 1969).

Sedertdien raakten bijvoorbeeld acupunctuur, homeopathie en manuele therapie in zwang; deze geneeswijzen werden in toenemende mate ook door huisartsen en andere (para-)medici toegepast. De situatie van nu laat zich daarom moeilijk met die van toen vergelijken.

Aan het nog lopend NIVEL-onderzoek 'Huisarts en alternatieve genezer', (publikatie eind 1988 door G.J. Visser) zijn de volgende voorlopige gegevens ontleend.

Anno 1987 past 47% van de Nederlandse huisartsen wel eens één of meer alternatieve geneeswijzen toe, zij het veelal niet meer dan sporadisch. Zo wordt manuele therapie door 9% van de huisartsen wel eens toegepast, acupunctuur door 4%, natuurgeneeskunde door 4%. Homeopathie wordt door 40% van de huisartsen wel eens toegepast, waarbij moet worden aangetekend dat 10% van de artsen die homeopathie uitoefenen dit bij minder dan tien patiënten per jaar doet.

Het percentage artsen dat wel eens naar een manueel therapeut verwijst is 81%, naar een acupuncturist verwijst 69%, naar een homeopaat eveneens 69%. Gemiddeld verwijst de huisarts jaarlijks 26 patiënten naar een alternatief genezer, waarvan 13 patiënten naar een manueel therapeut.

De contacten beperken zich overigens voor een groot deel tot die alternatieve genezers die tevens (para-)medicus zijn.

Een andere indicatie van de acceptatie onder huisartsen geeft het resultaat van de enquêtevraag of ziekenfondsen bepaalde alternatieve hulp, gegeven door anderen dan de eigen huisarts, zouden moeten vergoeden. 81% was voorstander van opname van manuele therapie in het standaard- of aanvullend pakket, voor acupunctuur en homeopathie was dat percentage ruim 65%, voor de anthroposofische geneeswijze 45%, voor natuurgeneeskunde 27% en voor de paranormale geneeswijze 12%. Het oordeel van deze huisartsen of het standaard of aanvullend zou moeten zijn, is niet voor alle geneeswijzen gelijk. Ongeveer de helft van de voorstanders van opname van manuele therapie in het

ziekenfondspakket wilde opname in het standaardpakket, terwijl vrijwel alle voorstanders van opname van de paranormale geneeswijze in het ziekenfondspakket niet verder wilden gaan dan opname in de aanvullende verzekering.

In hetzelfde nog lopend NIVEL-onderzoek is tevens gevraagd naar de behoefte van huisartsen aan samenwerking met alternatieve genezers. Uit de voorlopige gegevens blijkt dat ongeveer de helft van de huisartsen méér contact met alternatieve genezers wenst; van hen wil 71% meer informatie krijgen over de behandeling van patiënten uit hun praktijk, en zou 31% meer medische informatie over hun patiënten willen geven. Van de huisartsen die aangeven meer contact te willen met alternatieve genezers wil de overgrote meerderheid contact met regulier geschoolden.

Binnen de KNMG is overwogen een vierde register in te stellen, namelijk voor alternatieve artsen. Onderhandelingen daarover hebben voorshands nog geen resultaat gehad. Uit het interview met de LHV zou volgens een medewerker, refererend aan de voorlopige uitkomst van een recente gedachtenwisseling in het Centraal Bestuur, de LHV wellicht niet tegen experimenten in samenwerking zijn, mits de betreffende alternatieve geneeswijze beoefend wordt door artsen, fysiotherapeuten of andere (para-)medici. De geneeswijzen dienen in principe toetsbaar te zijn, en de participanten moeten bereid zijn aan toetsing mee te werken. De LHV, waarbij de meeste huisartsen zijn aangesloten, zou bereid zijn in een later stadium juridisch advies te geven met betrekking tot concrete experimenten.

3.4. Alternatieve genezers

De stand van zaken met betrekking tot samenwerking tussen huisartsen en alternatieve genezers, maar dan gezien vanuit het standpunt van de alternatieve genezers, is geïnventariseerd door Maassen van den Brink (1986). Omdat in dit onderzoek beroepsorganisaties zijn onderzocht over hun leden (en niet de leden zelf), dienen de resultaten echter alleen als een globale aanduiding van de feitelijke situatie te worden opgevat. Uit dit onderzoek blijkt dat bijna alle beroepsorganisaties samenwerking met huisartsen, vooral in de vorm van verwijscontacten, melden. Met uitzondering van de anthroposofische organisaties onderhoudt echter slechts een klein deel van de leden van deze organisaties contact met huisartsen. Wat betreft de wensen van

de organisaties ten aanzien van samenwerking met de reguliere gezondheidszorg (er is geen uitsplitsing naar huisartsen gemaakt) antwoordden drie van de 27 reagerende organisaties 'geen wensen' te hebben, werd zeven keer 'meer samenwerking' gewenst en vijf keer 'betere communicatie' genoemd.

Uit de in het kader van het onderhavige onderzoek gehouden interviews komt daarentegen het volgende beeld naar voren.

De geïnterviewde organisaties van alternatieve genezers zijn in het algemeen voorstander van samenwerking met reguliere (huis)artsen. NFPN, VNT, LONG en AAG noemen als voornaamste reden dat de patiënt erbij gebaat is, met name bij informatie-uitwisseling en afstemming van behandelingen. De organisaties verwachten tevens een verbetering van het werkklimaat voor alternatieve genezers, een doorbreking van de patstelling, alsmede het leren kennen en erkennen van elkaars grenzen en mogelijkheden. Alle organisaties tekenen daarbij aan dat partijen kennis moeten hebben van elkaars werk, en elkaars professionele autonomie moeten respecteren. Het LONG stelt dat samenwerking alleen op basis van gelijkwaardigheid tot resultaten kan leiden, en ziet in dit verband het monopolie van de reguliere geneeskunde op diagnose en methode als een groot struikelblok.

De NVMT is geen voorstander van experimenten waarbij naast huisartsen en manueel therapeuten, andere alternatieve geneeswijzen betrokken zijn; de samenwerking tussen huisartsen en manueel therapeuten is redelijk. De NVMT zou gaarne invoering van een consultsysteem zien waarbij de huisarts éénmalig verwijst naar de manueel therapeut, die na onderzoek van de patiënt (eventueel) een behandelplan voorstelt. De NVA zou graag de communicatie tussen huisartsen en individuele acupuncturisten willen verbeteren, maar heeft niet direct behoefte aan samenwerking met andere alternatieve disciplines. Ook de NVA is voorstander van een systeem waarin patiënten rechtstreeks contact kunnen opnemen met de alternatieve therapeut, die dan daarna eventueel de huisarts verwittigt van de komst van de patiënt.

Nadelen worden eigenlijk door geen van de organisaties verwacht, al voorziet de AAG een mogelijke afname van stimulerende kritiek.

Alle organisaties wezen op het feit dat overal reeds lang contact bestaat tussen huisartsen en alternatieve genezers.

3.5. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars

In de schriftelijke enquête onder ziekenfondsen en particuliere verzekeraars is zowel gevraagd of men experimentele samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en alternatieve genezers gewenst acht en, zo ja, of men in principe bij de oprichting van deze samenwerkingsverbanden betrokken wil worden. 21 van de 45 geënquêteerde ziekenfondsen beantwoordde de eerste vraag bevestigend. Van deze 21 fondsen vergoeden er 18 reeds (of binnenkort) een of meerdere alternatieve geneeswijzen (acht van de fondsen die een aanvullende verzekering voor alternatieve geneeswijzen kennen, achten samenwerkingsexperimenten op dit moment niet gewenst. 13 van de 21 fondsen die experimenten wenselijk achten waren bereid tot deelname aan de experimenten (zie ook bijlage 5)).

De drie particuliere verzekeraars die op de enquête reageerden, waren alle voorstander van experimenten; twee echter willen daar nu nog niet bij betrokken worden, één zal nadere advisering door de KLOZ afwachten.

De interviews met de VNZ en de KLOZ leverden ten aanzien van de behoefte aan samenwerkingsexperimenten de volgende reacties op.

De VNZ heeft geen officieel standpunt betreffende experimenten maar wijst deze, volgens de geïnterviewde medewerkers, zeker niet bij voorbaat af. De VNZ verwacht niet dat samenwerking tot lagere kosten zal leiden, de voordelen zullen waarschijnlijk liggen op het terrein van de satisfactie van patiënten. De VNZ is bereid ter voorbereiding en ter evaluatie van experimenten onderzoeksmateriaal beschikbaar te stellen, vooropgesteld dat WVC dit in redelijke mate vergoedt.

Het KLOZ is, aldus een geïnterviewde medewerker, voorstander van samenwerkingsexperimenten, met name om inzicht te krijgen in wat er in het veld gebeurt. De aangesloten maatschappijen kennen echter geen hoge prioriteit toe aan alternatieve geneeswijzen; voor wat de experimenten betreft zullen de verzekeraars waarschijnlijk wachten tot WVC concrete plannen op tafel legt.

3.6. Samenvatting

Alle geraadpleegde organisaties van alternatieve genezers achten meer samenwerking gewenst, ongeveer de helft van de geënquêteerde huisartsen wil het contact met alternatieve genezers uitbreiden. De LHV is niet tegen experimenten in samenwerking, de VNZ en het KLOZ

zijn vóór, evenals het LOPAG. Van de 45 ziekenfondsen achten er 21 samenwerkingsexperimenten gewenst.

Bereidheid tot experimenten met samenwerking is er ook onder de organisaties van alternatieve genezers; NVA zowel als NVMT willen bij eventuele experimenten echter geen andere dan de eigen alternatieve geneeswijze betrekken.

Er kan dan ook geconcludeerd worden dat een principe-bereidheid tot samenwerking bij alle betrokken partijen in voldoende mate aanwezig is. In hoeverre deze principe-bereidheid een voldoende basis vormde om consensus over een concreet samenwerkingsexperiment te bereiken wordt in de volgende hoofdstukken behandeld.

4. ASPECTEN EN CONDITIES VAN SAMENWERKINGSEXPERIMENTEN

4.1. Inleiding

In de loop van het onderzoek heeft, overeenkomstig de uitgangspunten van de Delphi-methode, een nadere toespitsing plaatsgevonden van het doel van het experiment en de wijze waarop het experiment vormgegeven zou kunnen worden. In het vorige hoofdstuk werd geconcludeerd dat er onder de diverse betrokkenen een principe-bereidheid voor samenwerkingsexperimenten aanwezig is. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de consensusvorming ten aanzien van de diverse aspecten en condities van het experiment en enkele consequenties die de bereikte uitkomsten bij invoering van een experiment zouden kunnen hebben.

Achtereenvolgens wordt op de volgende onderwerpen ingegaan: het doel en de aard van de experimenten, de deelnemers, de aan de deelnemers te stellen kwaliteitseisen, de huisvesting van de deelnemers, de juridische verantwoordelijkheid inzake de alternatieve behandeling, de financiële aspecten en tenslotte de conclusies. Bij de verslaglegging baseren we ons vooral op de consensusconferenties (zie ook bijlage 4) en in mindere mate op de resultaten van de interviewronde en de enquête onder ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars (bijlage 2 bevat hierover meer gedetailleerde informatie).

4.2. Doel en aard van de experimenten

Zowel in de interviews met vertegenwoordigers van de diverse organisaties, als ook - maar globaler - in de enquête onder ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, kwam onder andere de vraag aan de orde waarop het experiment zich zou moeten richten en hoe dit in de samenwerkingsactiviteiten tot uitdrukking zou moeten komen. Op basis van de aldus verzamelde ideeën (bijlage 2 bevat hier een verslag van) werd aan de conferentiedeelnemers een overzicht van mogelijke doelstellingen en een overzicht van mogelijke samenwerkingsactiviteiten en -procedures voorgelegd.

Na discussie over de verschillende mogelijkheden ontstond consensus over het doel van de samenwerking; deze zou zich vooral moeten richten op het verbeteren van de communicatie, het afstemmen van zorg en het vermijden van tegenstrijdige interventies. Daarnaast en daarbij

werd het wenselijk geacht dat het samenwerkingsexperiment inzicht zou verschaffen in de satisfactie van de bij het experiment betrokken patiënten en zo mogelijk in de (subjectieve) gezondheidseffecten.

Wat betreft de samenwerkingsactiviteiten en -procedures werd van belang geacht dat de communicatie rond de behandeling van de patiënt schriftelijk werd vastgelegd, een en ander onverlet de mogelijkheid tot persoonlijke of telefonische contacten.

Op deze wijze zou een minimale garantie voor kwaliteit, althans in die zin dat klachten niet uitsluitend vanuit of een reguliere of alternatieve invalshoek behandeld worden, gewaarborgd kunnen worden. Het door huisartsen en alternatieve genezers samen diagnostiseren en/of behandelen, werd door alle deelnemers niet, of onder voorbehoud, haalbaar of wenselijk geacht.

Een problematisch punt tijdens de conferentie was de positie van de huisarts in het samenwerkingsexperiment. Tijdens de eerste bijeenkomst konden vrijwel alle aanwezigen zich vinden in de volgende formulering:

"de huisarts is in beginsel verwijzer, indien hij geen verwijzer is, dient de alternatieve genezer, in het kader van dit (deze) samenwerkingsexperiment(en) en gelet op de centrale positie van de huisarts, contact op te nemen met de huisarts".

Gedurende de tweede conferentie meldden de vertegenwoordigers van één van de drie aanwezige beroepsorganisaties van alternatieve genezers (het LONG) echter, na raadpleging van haar achterban, toch bezwaren te hebben tegen enerzijds de plicht tot contact opnemen en anderzijds tegen de term 'in beginsel'.

Wel consensus bestond er over niet-patiëntgebonden samenwerking. Het ontwikkelen van verwijscriteria werd daarbij als belangrijkste object aangewezen.

4.3. Deelnemers aan het experiment

Reeds in de beginfase van het onderzoek werd besloten in principe slechts de zes hoofdstromingen (acupunctuur, homeopathie, manuele geneeswijze, natuurgeneeswijze, anthroposofische geneeswijze en de paranormale geneeswijze) bij het onderzoek te betrekken. Niet duidelijk was nog of het inderdaad mogelijk zou zijn samenwerkingsverbanden van huisartsen en vertegenwoordigers van al deze zes geneeswijzen tot stand te brengen, en welke kwaliteitseisen er aan deze alternatieve genezers gesteld moesten worden.

Uit de interviewronde kwam naar voren dat er bij geen enkele organisatie behoefte bestond andere dan de genoemde zes hoofdstromingen bij het experiment te betrekken. Wel werd door sommige geraadpleegde organisaties inperkingen voorgesteld: paranormale geneeswijzen werden zowel door de LOPAG, de LHV als de VNZ uitgesloten, terwijl indirect - door de eis van een (para-)medische vooropleiding - ook de KLOZ en sommige alternatieve beroepsorganisaties geen paranormale genezers bij het experiment wilden betrekken. Ook ten aanzien van de anthroposofische geneeswijze werd door het merendeel van de geïnterviewde organisaties een voorbehoud gemaakt, zij het om andere redenen. Niet alleen heeft onder de anthroposofische artsen samenwerking met reguliere artsen voorlopig een lage prioriteit, maar tevens is in de anthroposofische geneeskunde reeds sprake van een zekere integratie van reguliere en alternatieve geneeskunde. Patiënten met een voorkeur voor deze geneeswijze zullen zich bovendien, zo mogelijk, bij een anthroposofische huisarts inschrijven, in plaats van zich door hun reguliere huisarts incidenteel naar een anthroposofische arts te laten verwijzen.

Dit beeld werd bevestigd in het (lopende) NIVEL-onderzoek 'Huisarts en alternatieve geneeswijzen'. Uit de in het kader van dit onderzoek gehouden enquête onder huisartsen kwam naar voren dat de Nederlandse huisarts zijn/haar contacten wil beperken tot die artsen en paramedici die de navolgende geneeswijzen beoefenen: manuele geneeskunde/therapie, acupunctuur, homeopathie en, als vierde, de natuurgeneeswijze.

Tijdens de eerste consensusconferentie werden in de uitkomst van deze eerdere fasen van het onderzoek geen wijzigingen aangebracht. Besloten werd de samenwerkingsexperimenten te beperken tot de acupunctuur, de homeopathie, de manuele geneeskunde/therapie (waarin begrepen chiropractie) en de natuurgeneeswijze.

4.4. Kwaliteitseisen

Alternatieve genezers zijn er in soorten en maten. Er is geen van overheidswege gegeven keurmerk waaraan men de goede genezer kan herkennen; in het veld bestaat hierover evenmin eenstemmigheid. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen de begrippen 'bevoegd' en 'bekwaam' (zie bijvoorbeeld De Wit, 1987). Artsen bijvoorbeeld zijn per definitie bevoegd, maar niet automatisch bekwaam in het uitoefenen

nen van de alternatieve geneeskunde. De niet-medicus die zich in jarenlange zelfstudie heeft bekwaamd in bijvoorbeeld acupunctuur, is echter niet bevoegd. Het bepalen van die categorieën alternatieve genezers die voor deelname aan de experimenten in aanmerking komen, is dan ook geen eenvoudige zaak.

Zowel de geïnterviewde organisaties als de deelnemers aan de conferentie waren van oordeel dat de alternatieve genezers in elk geval lid moeten zijn van een beroepsorganisatie. Het lidmaatschap houdt in dat bij toetreding tot de organisatie de genezers aan een zekere toetsing zijn onderworpen. Het lidmaatschap houdt in sommige gevallen bovendien in dat de genezer gebonden is aan vormen van erecodes en tuchtrechtelijke bepalingen - zij het dat ook hier niet altijd duidelijk is welke. Omdat een lidmaatschap van een beroepsorganisatie echter niet in alle gevallen een voldoende waarborg is voor een kwalitatief goede genezer waren de geïnterviewde organisaties en de conferentiedeelnemers van oordeel dat per geneeswijze vastgesteld moet worden aan welke opleidingseisen de alternatieve genezers moeten voldoen.

Op grond van gesprekken met deskundigen en op basis van door ziektekostenverzekeraars gehanteerde opleidingseisen, werd een inventarisatie gemaakt van die opleidingen waarvoor in de samenleving reeds een zeker draagvlak bestaat.

Deze inventarisatie werd op de tweede conferentie voorgelegd en door de deelnemers besproken. Niet alle deelnemers achtten het opportuun zich over de aan alternatieve genezers te stellen opleidingseisen uit te spreken. De in het navolgende overzicht opgenomen opleidingen zijn het resultaat van de onder de aanwezige organisaties van alternatieve geneeswijzen alsmede de LOPAG bereikte consensus. Dit overzicht moet gezien worden als een momentopname. Het is uitsluitend ten behoeve van de experimenten samengesteld met als doel een leidraad te bieden voor de selectie van de aan de experimenten deelnemende alternatieve genezers.

Huisartsen

Van de deelnemende huisartsen wordt een positieve attitude jegens alternatieve geneeskunde verwacht.

Alternatieve genezers

1. algemeen:

lidmaatschap van een bij AAG, LONG of NOVAG aangesloten beroepsorganisatie;

2. specifiek:

een van de per geneeswijze onderstaand aangegeven opleidingen met goed gevolg afgelegd hebben.

Acupuncturisten

- a. een opleiding die voldoet aan de eisen van de NAAV, de NAAS of de NVVF;
- b. en/of bij of aan het Hwa to Centrum, Nei Tsjing, NBSAM, het Anglo-Dutch College, of het NCN te Hilversum.

Homeopathen

- a. een opleiding die voldoet aan de eisen van de VHAN;
- b. en/of aan het NCN te Hilversum, de AHN te Bloemendaal, of de AN te Meppel.

Natuurgeneeskunde

- a. een opleiding die voldoet aan de eisen van de ABNG;
- b. en/of aan het NCN te Hilversum, AHN te Bloemendaal, of de AN te Meppel.

Manuele geneeskunde/therapie, chiropractie

- a. een opleiding die voldoet aan de eisen van NVMG of de Nederlandse Associatie van Chiropractoren;
- b. en/of de SMO (Eindhoven), OOM (Wassenaar), NAOG (Delft), SMT (Utrecht), Akademie V.d. Bijl (Utrecht), SOMET (Eindhoven).

Een ander aspect van de aan de alternatieve genezers te stellen kwaliteitseisen betreft het gevolgd hebben van een (para-)medische (voor-)opleiding. Hoewel sommige van de hierboven vermelde alternatieve opleidingen een dergelijke 'reguliere' opleiding als toelatingsvoorwaarde hanteren en andere alternatieve opleidingen voorzien in een pakket 'reguliere kennis en methoden', is dit geen gemeengoed. Zoals in de vorige paragraaf al ter sprake kwam, is dit echter juist voor de huisartsen een breekpunt. Tijdens de conferentie stelden de vertegenwoordigers van het NHG en de LHV het hebben van een (para-)medische vooropleiding als strikte voorwaarde, terwijl de AAG stelde dat alternatieve genezers zonder een artsdiploma alleen onder supervisie van een arts zouden mogen werken. De overige deelnemers wilden niet-(para-)medici niet bij voorbaat uitsluiten. De vraag of alternatieve genezers tevens een (para-)medische opleiding gevolgd dienen te hebben, is echter in een ander - juridisch - verband ook van belang. In paragraaf 4.6 gaan we hier nader op in.

4.5. Huisvesting

Uit de interviewronde kwam een veelheid van ideeën en wensen naar voren over hoe – in ruimtelijk opzicht – het experiment gestalte zou moeten worden gegeven (zie bijlage 2). Op basis hiervan is ten behoeve van de conferentie een overzicht gemaakt. Tijdens de conferentie bleek dat twee situaties vrijwel unaniem als wenselijk werden beschouwd. De eerste situatie sluit het meest aan bij de bestaande praktijk: huisartsen en alternatieve genezers houden gescheiden praktijk. De tweede situatie – alternatieve genezers houden praktijk in een (regulier) gezondheidscentrum – werd bepleit onder verwijzing naar de al aanwezige overleg- en samenwerkingsstructuur en de door de gezamenlijke huisvesting betere mogelijkheden tot intensieve contacten tussen huisartsen en alternatieve genezers.

Omdat over de haalbaarheid van deze vorm weinig zinnigs te zeggen viel zonder kennis over de bereidheid van gezondheidscentra, is na de eerste conferentie een korte schriftelijke enquête onder alle 148 gezondheidscentra gehouden. In deze enquête zijn drie punten aan de orde gesteld: of er al alternatieve genezers in het centrum werkzaam zijn (zo ja, welke geneeswijze en welke reguliere opleiding); de (principe-)bereidheid om alternatieve genezers voor de duur van het experiment te huisvesten (zo ja, voorkeur geneeswijze en reguliere vooropleiding); en indien ja, of er ruimte in het centrum beschikbaar is voor alternatieve genezers.

Van de 88 centra (= 59% respons) die per sluitingsdatum van 6 mei 1988 reageerden meldden 30 centra dat er al alternatieve genezers werkzaam waren. Een dertigtal centra verklaarde zich bereid, uiteraard onder nader overeen te komen voorwaarden, in het kader van het experiment alternatieve genezers in het centrum praktijk te laten houden (15 van deze centra hebben hier ook ruimte voor). De voorkeur van deze centra ging uit naar homeopathie (16 x), acupunctuur (13 x) en manuele geneeswijze/therapie (9 x) met respectievelijk een voorkeur voor artsen, artsen en/of fysiotherapeuten en fysiotherapeuten (bijlage 6 geeft een meer uitgebreid overzicht van de enquêteresultaten).

Bij de bespreking van deze enquêteresultaten op de tweede conferentie werd dan ook geconcludeerd dat de 'gezondheidscentrumvariant' behalve wenselijk ook haalbaar was.

4.6. Juridische aspecten*

In de loop van het onderzoek, zowel tijdens de bijeenkomsten van de begeleidingscommissie, als gedurende de consensusconferenties, ontstond de behoefte meer duidelijkheid te krijgen over de juridische verantwoordelijkheid terzake de alternatieve behandeling in het kader van het experiment. Deze juridische verantwoordelijkheid betreft in eerste instantie de alternatieve genezer zelf. Omdat in het experiment de positie van de alternatieve genezer, juridisch gezien, niet wezenlijk verandert, gaan we hier niet verder op in. Met betrekking tot de positie van de huisarts zal echter, gegeven de volgende uitkomsten van de conferenties, in veel gevallen wel sprake van veranderingen zijn. Bij de beoordeling van de juridische verantwoordelijkheid beperken we ons dan ook tot de huisarts.

- a. de centrale positie van de huisarts: "de huisarts is in beginsel verwijzer, indien hij geen verwijzer is, dient de alternatieve genezer in het kader van dit (deze) samenwerkingsexperiment(en) en gelet op de centrale positie van de huisarts, contact op te nemen met de huisarts" (zie paragraaf 4.2) en
- b. het al dan niet regulier (voor-)opgeleid zijn van de alternatieve genezers: vertegenwoordigers van de huisartsen stelden een (para-)medische opleiding als strikte voorwaarde, de overige conferentiedeelnemers willen niet-(para-)medici niet bij voorbaat uitsluiten.

Juridische problemen kunnen zich mogelijk in twee situaties voordoen (de praktijk wijst uit dat dit uitzonderingen betreffen).

- De patiënt wordt door een huisarts naar een alternatieve genezer verwezen, terwijl, gezien de aard van het ziektebeeld en de reguliere therapeutische mogelijkheden, een reguliere behandeling geïndiceerd was.
- De patiënt wordt door een huisarts naar een alternatieve genezer verwezen. Als gevolg van de alternatieve behandeling ondervindt de patiënt schadelijke (gezondheids-)effecten of complicaties.

Allereerst verdient het begrip 'verwijzing' nadere toelichting. Anders dan in het kader van (wettelijke) ziektekostenverzekeringen

* Bij de samenstelling van deze paragraaf zijn wij veel dank verschuldigd aan mevrouw prof. mr. H.D.C. Roscam Abbing en prof. mr. W.B. van der Mijn. Van hun opmerkingen en adviezen is in de tekst, soms letterlijk, gebruik gemaakt. Desalniettemin komen de tekst, alsmede de conclusies geheel voor rekening van de auteurs.

heeft dit begrip in juridische zin geen harde betekenis. In de praktijk kan een verwijzing opgevat worden als een vorm van advies aan de patiënt. Hoewel in de praktijk een dergelijk 'verwijsadvies' uiteen kan lopen van een 'klemmend advies' tot het 'aan de patiënt ter overweging geven' is een dergelijk advies in alle gevallen voor tuchtrechtelijke toetsing vatbaar en kan de huisarts ook civielrechtelijk aansprakelijk worden gesteld, bijvoorbeeld als de patiënt schade heeft ondervonden als gevolg van een alternatieve behandeling of het onthouden van een reguliere behandeling. In het geval waarin sprake is van een 'gedoogsituatie', bijvoorbeeld de huisarts wordt achteraf op de hoogte gesteld dat zijn of haar patiënt een alternatieve genezer consulteert of de patiënt stelt zich tegen het advies van de huisarts onder behandeling van een alternatieve genezer, ligt het voor de hand dat de huisarts juridisch niet aansprakelijk is. Gezien de voorgestane centrale positie van de huisarts in het experiment, richten we ons hier op de situatie waarin de huisarts een 'verwijsadvies' geeft.

Bij de vraag hoe de huisarts zich bij het geven van een verwijsadvies kan vrijwaren van tuchtrechtelijke en civielrechtelijke procedures, moet gedacht worden aan een aantal voorwaarden en de zorgvuldigheid die de huisarts bij de toepassing hiervan betracht. Uit adviezen van de geraadpleegde deskundigen, kunnen deze condities als volgt wordt samengevat:

- a. er mag geen sprake zijn van het ten onrechte onthouden van een reguliere behandeling (te baseren op de aard van het ziektebeeld en de huidige reguliere behandelingsmogelijkheden);
- b. de huisarts moet overtuigd zijn dat de behandeling door de alternatieve genezer de patiënt niet zal schaden (te baseren op de kwalificaties van de alternatieve genezer en de toegepaste handelingen);
- c. de mogelijkheid moet aanwezig zijn dat de patiënt kan terugvallen op de huisarts indien de patiënt dit zelf wenst, danwel dat daarvoor anderszins aanleiding is.

Zullen de eerste en de laatste conditie in het kader van het experiment geen bijzondere problemen met zich meebrengen, met de tweede conditie is dit anders gesteld. In het geval de alternatieve genezer een arts betreft, is de kans op juridische problemen (voor de huisarts) nihil, er is dan namelijk sprake van overdracht van de behandeling. Als de alternatieve genezer een paramedische opleiding heeft genoten, kunnen zich moeilijkheden voordoen. Er zijn namelijk geen door de overheid erkende alternatieve opleidingen, dan wel beroe-

pen. Hierdoor kan de huisarts problemen ontmoeten bij het aantonen van de alternatieve gekwalificeerdheid van de genezer. In de praktijk zullen de problemen echter meevallen omdat de huisarts aannemelijk kan maken dat, gezien de van overheidswege erkende opleiding, een zekere (para-)medische kennis aanwezig verondersteld mag worden. Als de alternatieve genezer geen (para-)medische opleiding heeft gevolgd, loopt de huisarts, naar het oordeel van de geraadpleegde deskundigen, een reëel risico in voorkomende gevallen juridisch aansprakelijk te worden gesteld. In dit geval zal het de huisarts moeilijk vallen de zorgvuldigheid van zijn handelwijze aan te tonen. Bij inwerkingtreding van de Wet BIG verwachten de deskundigen dat hierin vooralsnog geen veranderingen zullen optreden. De huisarts blijft ook dan gehouden op basis van een juiste indicatie naar een kwalitatief goede behandelaar te verwijzen.

Uit het voorgaande kan afgeleid worden dat, vanuit juridisch oogpunt, de deelname van alternatieve genezers aan het experiment beperkt moet blijven tot (para-)medici. Een alternatief, waarbij de patiënt toch naar een niet regulier opgeleide alternatieve genezer 'verwezen' wordt, maar dan een informed consent verklaring tekent waarin hij verklaart de huisarts niet aansprakelijk voor schade te zullen stellen, is zowel juridisch aanvechtbaar, als ook ethisch niet toelaatbaar. Een andere optie: bij deelname van niet regulier opgeleide genezers neemt de huisarts geen centrale positie in, c.q. geeft geen 'verwijsadvies', dient gezien het doel van het experiment eveneens verworpen te worden. In dat geval is er namelijk geen sprake meer van dat de arts de hulp van een alternatieve genezer inroept.

Een andere mogelijkheid om toch niet regulier geschoolde alternatieve genezers bij het experiment te betrekken, zou wellicht gezocht kunnen worden in het al dan niet toepassen van de zogenaamde voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 53 in het voorstel van Wet BIG (1986). Door genezers die andere dan deze handelingen toepassen, aan het experiment te laten deelnemen, wordt weliswaar vooruitgelopen op invoering van Wet BIG, anderzijds sluit het aan bij het huidige gedoogbeleid, waarbij alleen wordt ingegrepen indien de patiënt ten gevolge van de behandeling schade heeft opgelopen. Omdat echter ook in deze situatie de huisarts, juridisch gezien, niet geheel gevrijwaard blijft van aansprakelijkheidsstelling, moet geconcludeerd worden dat deelname van niet-(para-)medisch opgeleide alternatieve genezers aan het experiment niet haalbaar is, zolang de huidige (juridische) situatie blijft voortbestaan.

4.7. Samenvatting en conclusies

Uit de voorgaande paragrafen komt naar voren dat over veel - dus niet alle - aspecten van samenwerkingsexperimenten overeenstemming is bereikt tussen (vertegenwoordigers van) de diverse betrokken groeperingen. We behandelden eerst de problematische aspecten.

Allereerst de positie van de huisarts in het experiment. De tijdens de eerste conferentie overeengekomen formulering: "de huisarts is in beginsel verwijzer, indien hij geen verwijzer is, dient de alternatieve genezer in het kader van dit (deze) samenwerkingsexperiment(en) en gelet op de centrale positie van de huisarts, contact op te nemen met de huisarts", was, zo bleek tijdens de tweede conferentie, voor één van de aanwezige beroepsorganisaties voor alternatieve genezers (het LONG) toch niet acceptabel. Gezien het uitgangspunt van het experiment, waarbij reguliere artsen de hulp van alternatieve artsen en therapeuten kunnen inroepen, dient een positie van de huisarts zoals hierboven omschreven echter gehandhaafd te blijven.

Een tweede probleem betreft de voorwaarde of de deelnemende alternatieve genezers een reguliere, dan wel (para-)medische vooropleiding genoten moeten hebben. Vertegenwoordigers van de huisartsen (LHV en NHG) stelden een dergelijke opleiding als strikte voorwaarde, de andere deelnemers waren van mening dat ook andere alternatieve genezers tot het experiment toegelaten moeten worden, mits in hun alternatieve opleiding een basispakket medische kennis is opgenomen en - door de AAG naar voren gebracht - de behandeling onder supervisie van een arts plaatsvindt. Uit een kort onderzoek naar de juridische verantwoordelijkheid van de alternatieve behandeling, en dan met name toegespitst op de positie van de huisarts, kwam naar voren dat deelname van niet-(para-)medisch opgeleide alternatieve genezers aan het experiment vooralsnog niet haalbaar is.

De keuzes die ten aanzien van de bovenstaande aspecten gemaakt zijn, laten zich, tezamen met de punten waar wel overeenstemming over werd bereikt, als volgt samenvatten:

- de samenwerking moet zich richten op het verbeteren van de communicatie, het afstemmen van de zorg, het vermijden van tegenstrijdige interventies en het ontwikkelen van verwijscriteria;
- acupunctuur, homeopathie, manuele geneeskunde/therapie en de natuurgeneeswijze komen voor het experiment in aanmerking;
- van de deelnemende huisartsen wordt een positieve attitude ten opzichte van deze alternatieve geneeswijzen verlangd;
- van de deelnemende alternatieve genezers wordt verwacht dat ze één van de in paragraaf 4.4 genoemde opleidingen met succes hebben af-

gesloten, alsmede lid zijn van een beroepsorganisatie. Gelet op de juridische bezwaren verdient deelname van niet-(para-)medisch opgeleide genezers aan dit experiment geen aanbeveling;

- in het kader van het experiment is de huisarts in beginsel verwijzer; als de patiënt zich op eigen initiatief bij één van de deelnemende alternatieve genezers meldt, dient de alternatieve genezer contact met de huisarts op te nemen (mits de patiënt daarmee instemt);
- de alternatieve genezer houdt zelfstandig praktijk in een eigen praktijkruimte of houdt - als teamlid - praktijk in een (regulier) gezondheidscentrum.

5. OPZET VAN TWEE EXPERIMENTEN

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een korte beschrijving gegeven van twee ontwerpen voor experimentele samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en alternatieve genezers. Deze beschrijving is gebaseerd op een nota die tijdens de tweede conferentie besproken is en door de deelnemers onderschreven werd. De invalshoek hierbij is de praktijkvoeringssituatie van de deelnemende alternatieve genezers. In het ene experiment wordt uitgegaan van reeds gevestigde alternatieve genezers in een (ziekenfonds)regio (paragraaf 5.4), het andere experiment bevat een opzet waarbij alternatieve genezers voor de duur van het experiment aan een (regulier) gezondheidscentrum worden verbonden (paragraaf 5.5). Bij beide varianten wordt uitgegaan van de in hoofdstuk 4 gestelde condities. Alvorens beide varianten beschreven worden, wordt eerst ingegaan op de procedurele condities en de doelstellingen van de evaluatie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beknopt overzicht van de financiële aspecten van de experimenten.

5.2. Procedurele condities

Om de doelstelling van het experiment, en dat geldt zowel voor de 'ziekenfondsregio-variant' als de 'gezondheidscentrumvariant', zoveel mogelijk kans van slagen te geven zal tussen de deelnemers een aantal afspraken gemaakt moeten worden over de inhoud en de wijze van samenwerken. Bij deze afspraken vormt de positie van de huisartsen en alternatieve genezers in het experiment een belangrijk uitgangspunt. Overeenkomstig de conclusies in het vorige hoofdstuk neemt de huisarts een positie in die vergelijkbaar is met zijn positie ten opzichte van andere 'reguliere' genezers. Dit betekent dat de huisarts in beginsel verwijzer is en dat de deelnemende alternatieve genezers met betrekking tot andere patiënten (van aan het experiment deelnemende huisartsen) contact met de huisarts opnemen, mits de patiënt daarvoor toestemming geeft. Deze situatie komt overeen met wat momenteel over de relatie huisarts-RIAGG in het "Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van RIAGG's" is vastgelegd. Als deze parallel wordt doorgetrokken, betekent dit voor de alternatieve genezers dat zij autonoom zijn - uiteraard na instem-

ming van de betrokken patiënt - bij de instelling en uitvoering van een behandelplan.

Bij de samenwerkingsafspraken kan onderscheid worden aangebracht tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden afspraken.

Bij de patiëntgebonden afspraken kan aan de volgende procedures gedacht worden (we beperken ons hier tot de situatie van de huisarts als verwijzer):

- Als de huisarts een patiënt naar een alternatieve genezer verwijst, vult hij een gestandaardiseerd verwijsformulier in waarin tenminste de volgende items zijn opgenomen: aard van de klacht(en), eventuele diagnose, eventuele medicatie en overige gegevens over lopende (reguliere) behandelingen. Dit formulier geeft hij de patiënt mee.
- De alternatieve genezer bericht de huisarts na het eerste consult de komst van de patiënt, deelt mee of hij de patiënt in behandeling neemt en zo ja, volgens welk (voorlopig) behandelingsplan.
- Na afloop van de behandeling bericht de alternatieve genezer de huisarts via een gestandaardiseerd formulier over de diagnose, het verloop en het resultaat van de behandeling (naar het oordeel van de genezer).
- De patiënt wordt, voorafgaand aan het verzenden (of meegeven) van deze formulieren, gevraagd hierin toe te stemmen.
- Indien huisarts en/of alternatief genezer dat wenst wordt tussentijds of voorafgaand aan de behandeling overlegd.

Bij niet-patiëntgebonden afspraken kan gedacht worden aan de volgende procedure:

- De alternatieve genezers stellen voorafgaand aan het experiment ten behoeve van de huisartsen een informatiepakket samen, waarin naast praktische informatie, zoals bereikbaarheid, tarieven, etc., per geneeswijze in het kort wordt ingegaan op de achtergronden van de geneeswijze, de gehanteerde behandelmethode, de duur en de frequentie van de consulten, en het soort klachten/aandoeningen waarvoor de betreffende geneeswijzen naar het oordeel van de alternatieve genezers in aanmerking komen.

5.3. Evaluatie van de experimenten

Zoals in hoofdstuk 1 is gesteld, is het achterliggend doel van samenwerkingsexperimenten tussen huisartsen en alternatieve genezers het verkrijgen van empirische gegevens die gebruikt kunnen worden

voor de verbetering van de samenwerking tussen deze hulpverleners op ruime schaal. Dit betekent voor de evaluatie dat niet volstaan kan worden met een globaal slotoordeel van de direct betrokken hulpverleners en patiënten over het welslagen van het experiment; er zullen op systematische wijze gegevens over het verloop van het experiment verzameld moeten worden om vragen te kunnen beantwoorden als op welke onderdelen is het experiment wel of niet geslaagd, welke factoren speelden hierbij een rol en tegen welke kosten (ook in figuurlijke zin) zijn de positieve resultaten op ruime schaal toepasbaar. Met name dit laatste punt heeft tot gevolg dat de evaluatie zich behalve op het primaire doel van het experiment - de afstemming van zorg - zich tevens zou moeten richten op consumptiepatronen van de bij het experiment betrokken patiënten. Om dit mogelijk te maken wordt voorgesteld twee experimenten op te zetten. Wat betreft de evaluatie ligt het accent van het eerste, grootschalige, experiment op oordelen (satisfactie) van huisartsen, alternatieve genezers en patiënten over de samenwerking en over het resultaat van de behandeling door alternatieve genezers, en op hiermee samenhangende verschuivingen in het consumptiepatroon. Bij het tweede, kleinschalige, experiment ligt de nadruk op de afstemming van de zorg in het algemeen en de ontwikkeling van verwijscriteria en samenwerkingsprocedures in het bijzonder. De evaluatie van beide experimenten is hierbij (dus) niet gericht op de meting van (objectief) vaststelbare effecten van de alternatieve behandeling maar op een vergelijking van subjectieve oordelen van de diverse betrokkenen over de samenwerking en de alternatieve behandeling.

Bij beide experimenten moet van een looptijd van circa drie jaar worden uitgegaan. Eerst dan is het mogelijk dat de beoogde samenwerking zich ontwikkeld heeft en kan, gezien de duur van behandelingen, over een voldoende aantal behandelingsafspraken beschikt worden.

5.4. Experiment binnen een ziekenfondsregio

Algemeen

In deze variant is sprake van een relatief grootschalig experiment (te weten een ziekenfondsregio) waarbij een relatief bescheiden experimentele factor gehanteerd wordt. Zo wordt uitgegaan van een relatief groot aantal al gevestigde hulpverleners (huisartsen en alternatieve genezers) waarbij de experimentele factor (de nieuwe te scheppen samenwerkingscondities) beperkt is tot een gestandaardiseerde wederzijdse schriftelijke rapportage en het samenstellen van

een informatiepakket ten behoeve van de huisartsen.

Met dit experiment wordt beoogd na te gaan of de in te voeren samenwerkingscondities een verbetering in de afstemming van zorg tussen huisartsen en alternatieve genezers tot gevolg hebben en of dit gepaard gaat met verschuivingen in de medische consumptie van de in het experiment betrokken patiënten (en zo ja, met welke).

Keuze regio

Bij de selectie van de ziekenfondsregio kan gedacht worden aan de volgende criteria:

- het moet een ziekenfonds betreffen waarbij de hulpverlening door alternatieve genezers in het aanvullingsfonds is opgenomen met
 - voor de patiënt - relatief gunstige financiële condities;
- van de ziekenfondsverzekerden in deze regio moet het overgrote deel aan de aanvullende verzekering deelnemen;
- het ziekenfonds moet in staat en bereid zijn, ten behoeve van de evaluatie van het experiment, op individueel patiëntniveau herleidbare consumptiegegevens ter beschikking te stellen.

Selectie deelnemende hulpverleners

In principe alle huisartsen en alternatieve genezers in de geselecteerde regio worden benaderd voor deelname aan het experiment. Aan deelname wordt de voorwaarde verbonden dat ze voldoen aan, of instemmen met, de in hoofdstuk 4 geformuleerde condities. Daarnaast wordt van hen verwacht de samenwerkingsprocedures zoals in paragraaf 5.2 genoemd te respecteren en de voor de evaluatie benodigde gegevens ter beschikking te stellen.

Evaluatie

De evaluatie richt zich op de volgende aspecten:

- a. het oordeel van de huisartsen over de (procedurele aspecten van) samenwerking met alternatieve genezers;
- b. het oordeel van de huisartsen over de kwaliteit van de hulpverlening door alternatieve genezers (het - subjectieve - effect, de geëigende indicaties, de afstemming van interventies);
- c. het oordeel van de alternatieve genezers over de (procedurele aspecten van) samenwerking met huisartsen;
- d. het oordeel van de alternatieve genezers over het - subjectieve - effect van hun behandeling, de afstemming van interventies, de geëigende indicaties voor hun behandeling en de feitelijke indicatiestelling door huisartsen;
- e. het oordeel van de patiënten over de behandeling door alternatieve

ve genezers (subjectief effect) en de rol van de huisartsen bij de tot stand koming van (en tijdens) de behandeling door alternatieve genezers;

- f. de (medische) consumptie van de patiënten (huisarts, alternatieve genezers, specialisten, fysiotherapeuten) in relatie tot enkele kenmerken als bijvoorbeeld geslacht, chronisch ziek zijn en opvattingen over gezondheid en gezondheidszorg.

Wat betreft de te evalueren groepen komen - uiteraard - de aan het experiment deelnemende huisartsen en alternatieve genezers in aanmerking alsmede de patiënten van deze huisartsen die op advies van hun huisarts of op eigen initiatief één van de deelnemende alternatieve genezers geraadpleegd hebben.

Behalve deze experimentele groepen verdient het aanbeveling in de evaluatie ook controlegroepen op zowel hulpverleningsniveau als patiëntniveau te betrekken. Hierbij dient echter bedacht te worden dat gezien het feit dat het om een veldexperiment gaat er nooit (volledig) sprake zal kunnen zijn van een 'klassieke' experimentele opzet waarbij de (eventuele) invloed van de experimentele factor op de te evalueren aspecten volledig aangetoond zal kunnen worden. Ook pragmatische of financiële factoren leggen in deze beperkingen op. Zo bleek uit een, ten behoeve van de tweede conferentie samengestelde, onderzoeksopzet dat idealiter een groot aantal controlegroepen (op zowel hulpverlenings- als patiëntniveau) nodig zou zijn om de condities van een klassiek experiment zo veel mogelijk te benaderen.

Het voert te ver om in dit bestek een volledige onderzoeksopzet en, in samenhang daarmee, een overzicht van de te verwachten kosten te presenteren. Hiervoor zij verwezen naar de door het NIVEL op basis van dit rapport uit te werken onderzoeksvoorstellen.

Wel kan reeds worden gesteld, dat bij de gegevensverzameling gebruik zal worden gemaakt van de volgende methoden:

- wat betreft de te evalueren algemene oordeelsaspecten: schriftelijke vragenlijsten onder huisartsen, alternatieve genezers en patiënten;
- wat betreft de te evalueren gegevens over de behandeling door alternatieve genezers: de gestandaardiseerde (verwijs)formulieren en interviews bij huisartsen en alternatieve genezers;
- wat betreft de consumptiegegevens: de gestandaardiseerde (verwijs)formulieren, ziekenfondsgegevens, vragenlijsten onder huisartsen en - met betrekking tot de particulier verzekerde patiënten - schriftelijke vragenlijsten.

5.5. Experimenten vanuit 'reguliere' gezondheidscentra

Algemeen

In deze variant worden in één à drie gezondheidscentra (afhankelijk van de omvang van de huisartspraktijk en de bereidheid van de centra om met meerdere alternatieve genezers samen te werken) alternatieve genezers 'gestationeerd' voor de duur van het experiment. Deze genezers houden bij voorkeur in het centrum praktijk voor minimaal één dagdeel per week per genezer.

Indien het een centrum betreft waarbij de huisartsen in dienstverband werkzaam zijn, kan overwogen worden ook de alternatieve genezer voor de duur van het experiment in dienst te nemen. In elk geval zal niet alleen de samenwerking maar ook het gebruik van praktijkruimte en de diensten van het ondersteunend personeel (centrumassistenten) contractueel vastgelegd moeten worden.

In afwijking van het in paragraaf 5.4 beschreven experiment is in dit experiment meer sprake van een proeftuinsituatie. De gehanteerde experimentele factor is relatief ingrijpender (behalve het gebruik van gestandaardiseerde (verwijs)formulieren ook (na)scholingsbijeenkomsten en intensieve persoonlijke contacten via teambesprekingen). De toepasbaarheid op ruimere schaal is daarentegen geringer (momenteel is 7% van de huisartsen werkzaam in een gezondheidscentrum, bovendien kunnen op basis van de ervaringen in enkele centra geen harde uitspraken gedaan worden over toepassing bij centra in het algemeen).

Met dit experiment wordt dan ook beoogd samenwerkingsprocessen te evalueren door factoren op te sporen die afstemming van zorg tussen huisartsen en alternatieve genezers bevorderen dan wel belemmeren en te komen tot een zowel door huisartsen als alternatieve genezers onderschreven lijst per geneeswijze waarin de voor behandeling in aanmerking komende aandoeningen/klachten zijn opgenomen.

Keuze gezondheidscentra

- (Uiteraard) moeten het centrum en de daarin werkzame hulpverleners belangstelling hebben om in het kader van het experiment alternatieve genezers in het centrum praktijk te laten houden en zich verbinden aan de in hoofdstuk 4 genoemde uitgangspunten (ook centra bij wie nu reeds alternatieve genezers werkzaam zijn komen in principe in aanmerking);
- het centrum moet bij voorkeur met meerdere (typen) alternatieve genezers (willen) samenwerken;
- het centrum moet gevestigd zijn in een ziekenfondsregio die aan

dezelfde voorwaarden voldoet als in paragraaf 5.4 genoemd.

Evaluatie

De evaluatie richt zich op dezelfde aspecten als bij het in paragraaf 5.4 besproken experiment. Een belangrijk verschil is echter dat in dit experiment een regelmatige terugkoppeling van de tussentijdse resultaten en ervaringen plaatsvindt op zowel het gebied van de samenwerkingsprocedures als de indicatiestelling. De evaluatie heeft dan ook vooral het karakter van een procesevaluatie waarbij het werken met controlegroepen op hulpverlenersniveau door de kleinschalige opzet minder zinvol is. Ook het instellen van controlegroepen op patiëntniveau ligt in deze opzet minder voor de hand.

5.6. Financiële aspecten van experimenten

Naast de kosten die gemoeid zijn met de ontwikkeling van de in deze studie besproken 'blauwdruk' van experimenten tot de eigenlijke start van experimenten in een concrete locatie, zijn aan de uitvoering van experimenten kosten verbonden die in drie hoofdgroepen onderscheiden kunnen worden.

regio-experiment gezondheidscentrum

samenwerkingskosten

A patiëntgebonden:

- verwijsformulieren	*	*
- rapportageformulieren	*	*
- praktijkruimte		*
- faciliteiten		*
- tussentijds overleg	*	*
- teambesprekingen		*

B niet patiënt-gebonden:

- informatiepakket	*	*
- nascholing		*

hulpverleningskosten

(incl. reiskosten)

- patiënten	*	*
- fondsen/verzekeraars	*	*

evaluatiekosten

- verzamelen verwijs- en rapportageformulieren	*	*
- terugkoppeling		*
- ziekenfondsgegevens	*	*
- consumptie-enquêtes	*	*
- vragenlijsten	*	*
- interviews	*	*
- analyses en rapportage	*	*

De financiële aspecten zijn zowel in de interviewronde als tijdens de tweede conferentie aan de orde geweest. Hieruit kwam naar voren dat de potentiële financiers (WVC, Ziekenfondsen, particuliere ver-

zekeraars) niet bereid waren in het kader van een experiment alternatieve hulpverlening (extra) te financieren. Wel werd de mogelijkheid geopperd - met betrekking tot het ziekenfondsregio-experiment - het betreffende ziekenfonds in overweging te geven ten behoeve van het experiment de aanvullende verzekering uit te breiden.

Ook het financieren van de inkomstenderving van hulpverleners als gevolg van patiëntgebonden overleg ontving - bij de potentiële financiers - weinig gehoor, onder verwijzing naar de vigerende vergoedingsregelingen waarin samenwerking tussen hulpverleners al verwerkt is.

De resterende kostenposten - alle evaluatiekosten, de kosten die samenhangen met de niet-patiëntgebonden samenwerking (informatiepakket en organisatie van nascholing) en de gestandaardiseerde verwijs- en rapportageformulieren - zouden volgens de conferentiedeelnemers in principe voor subsidiëring door WVC in aanmerking komen.

Over de omvang van het te subsidiëren bedrag kan eerst duidelijkheid worden verkregen als bekend is op welke locaties de experimenten ingevoerd zullen worden en hoeveel hulpverleners daarbij betrokken zullen zijn.

6. SLOTBESCHOUWING EN AANBEVELINGEN

6.1. Kanttekeningen bij het onderzoek

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de mogelijkheden om experimentele samenwerkingsverbanden op te richten met als deelnemers huisartsen en alternatieve genezers. Het onderzoek, dat in opdracht van het Ministerie van WVC is uitgevoerd, komt voort uit de Voortgangsnota alternatieve geneeswijzen van februari 1986. In deze nota gaf de toenmalige Staatssecretaris te kennis een dergelijk onderzoek te willen instellen.

In de loop van het onderzoek zijn via diverse methoden gegevens verzameld: interviews (met vertegenwoordigers van organisaties van alternatieve genezers, met patiëntenorganisaties, met ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars, met huisartsenorganisaties en met de Hoofdinspectie Volksgezondheid), schriftelijke enquêtes (onder ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars en gezondheidscentra) en ten slotte twee conferenties die het karakter hadden van consensusbijeenkomsten. Deze, ook wat betreft de chronologie, laatste methode geeft al aan dat het onderzoek gericht was op een eindprodukt (te weten een blauwdruk van één of meerdere experimenten) waarvan verwacht mag worden dat bij implementatie alle betrokken groeperingen hieraan hun medewerking zullen verlenen. Dat dit grotendeels gelukt is stemt tot tevredenheid gezien de veelal conflictueuze verhouding tussen reguliere en alternatieve genezers. Het streven naar consensus heeft - bijna per definitie - een keerzijde die ook in de resultaten van dit onderzoek tot uiting komt. Zo wordt in de voorgestelde experimenten niet uitgegaan van een geheel nieuwe situatie, maar is er sprake van een optimalisering van de bestaande samenwerkingsrelatie tussen huisartsen en alternatieve genezers waarvan de te verwachten merites door middel van een systematische evaluatie onderzocht moeten worden.

Een belangrijk punt - de deelname aan het experiment van alternatieve genezers zonder een reguliere (para)medische opleiding - is ondanks dat dit door veel deelnemers aan de conferentie gewenst werd geacht, uiteindelijk niet haalbaar gebleken. Twee aspecten speelden hierbij een rol: de afwijzende opstelling van huisartsen ten opzichte van samenwerking met deze genezers en de juridische problemen die deelname van deze genezers voor de huisartsen tot gevolg zou kunnen hebben. Dit resultaat is in zoverre teleurstellend dat de experimen-

ten geen gegevens zullen opleveren over een categorie genezers die in de huidige praktijk een substantieel deel van de 'alternatieve gezondheidszorg' voor hun rekening nemen. Alleen als in de wettelijke sfeer veranderingen worden doorgevoerd, is het mogelijk deelname van niet regulier opgeleide genezers aan het experiment te heroverwegen.

6.2. Enkele resultaten samengevat

Als algemene conclusie kan gesteld worden dat het oprichten van experimentele samenwerkingsverbanden van huisartsen en alternatieve genezers in de volgende vorm en met in achtneming van een aantal hierna te formuleren condities wenselijk en haalbaar is.

Er bestaat onder de vertegenwoordigers van de diverse betrokken organisaties (hulpverleners, patiënten, financiers) overeenstemming wat betreft twee experimenten. In het ene experiment wordt uitgegaan van reeds gevestigde alternatieve genezers (en huisartsen) in een ziekenfondsregio, in het andere experiment wordt aangesloten bij één of enkele reguliere gezondheidscentra door alternatieve genezers in deze centra voor de duur van het experiment als teamlid aan te trekken. In beide varianten wordt de samenwerking gestructureerd door (onder andere) het hanteren van gestandaardiseerde verwijs- en rapportageformulieren en wordt de bekendheid met elkaars werkwijze bevorderd door het samenstellen van informatiepakketten. Daarnaast zal, in de gezondheidscentrumvariant, intensief persoonlijk contact bevorderd worden door deelname van alternatieve genezers aan de teambesprekingen. De doelstelling van beide experimenten omvat het verbeteren van de communicatie, het afstemmen van zorg, het vermijden van tegenstrijdige interventies en het ontwikkelen van verwijs-criteria. Deze doelstelling dient verwezenlijkt te worden met inachtneming van de volgende condities:

- Voor de experimenten komen de volgende vier 'hoofdstromingen' in aanmerking: acupunctuur, homeopathie, manuele geneeskunde/therapie en de natuurgeneeswijze. Voor de huisartsen komen alleen degenen in aanmerking die in beginsel positief staan ten opzichte van deze geneeswijzen;
- Van de deelnemende alternatieve genezers wordt verwacht dat ze één van de in hoofdstuk 4 genoemde opleidingen met succes hebben afgesloten, lid zijn van een beroepsorganisatie, en een (para)medische vooropleiding hebben gevolgd;
- In het kader van het experiment is de huisarts in beginsel verwij-

zer. Als de patiënt zich op eigen initiatief bij één van de deelnemende alternatieve genezers meldt, dient de alternatieve genezer contact met de huisarts op te nemen mits de patiënt daar geen bezwaar tegen heeft.

6.3. Aanbevelingen

Gelet de resultaten van het onderzoek verdient het aanbeveling de twee in dit rapport beschreven experimentele samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en alternatieve genezers verder te concretiseren. Het is daarbij allereerst nodig de volgende ontwikkelings- en voorbereidingsactiviteiten te (doen) uitvoeren:

- het selecteren van locaties waarin de experimenten plaatsvinden (ziekenfondsregio en gezondheidscentra);
- het selecteren van de deelnemende hulpverleners;
- het samenstellen van de bij de experimenten te gebruiken verwijs- en rapportageformulieren;
- het, mede op basis van juridisch onderzoek, vervaardigen van contracten, waarin a) de positie en (juridische) verantwoordelijkheid van de deelnemers zijn vastgelegd en b) de privacywaarborgen van de deelnemende patiënten zijn omschreven;
- het uitwerken van een gedetailleerd evaluatieplan.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- AAKSTER, C.W. De maatschappelijke ondersteuning van alternatieve leef- en geneeswijzen. Voordracht LOPAG-congres "Op weg naar een alternatieve gezondheidszorg", Amersfoort, 7 november 1987
- BAKKER, L.F. Onderzoek naar de mate van neuroticisme van patiënten en magnetiseurs. Huisarts en Wetenschap; 19, 1976, no. 2, p. 47-50
- BOERMA, W.G.W., R.S. TEN CATE. (red.). Uit de praktijk van de eerste lijn: samenwerking in de hulpverlening. Alphen a/d Rijn/Brussel: Samson Stafleu, 1985
- BUITING, J.M., W.B. VAN DER MIJN. Voorbehouden handelingen in de Wet BIG. Medisch Contact; 43, 1988, no. 4, p. 106-108
- CANNEGIETER, D., N.W. KLASSE, J.R. VAN REEKUM, D.M. SMITH. Een enquête onder huisartsen naar hun mening over de 'paranormale geneeskunst'. Huisarts en Wetenschap; 1969, no. 12, p. 22-31
- COMMISSIE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN. Alternatieve geneeswijzen in Nederland. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981
- CONSUMENTENBOND. Wie betaalt de alternatieve genezer. Consumentengids; 1987, no. 11, p. 526-529
- DAM, F. VAN, L. HINGSTMAN. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1987
- DIJK, P. VAN. Geneeswijzen in Nederland, compendium voor alternatieve geneeswijzen. Deventer: Ankh-Hermes, 1984
- DIJK, P.A. VAN. De omvang van de niet-universitaire geneeskunde in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 121, 1977, no. 31, p. 719-725
- DIJK, P.A. VAN, C.W. AAKSTER. Literatuuronderzoek alternatieve geneeswijzen. Commissie Alternatieve Geneeswijzen. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1980
- DIJK, P.A. VAN. Resultaten van acupunctuurbehandeling. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 122, 1978, no. 39, p. 1442-1448
- FRENKEN, F.J.M. Gezondheidsenquêtes. Medische consumptie en gezondheid, 1985/1986. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 6, 1987, no. 12, p. 5-14
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID (GHIV). Statistiek Geneeskundigen per 1-1-1985. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1987
- KLOZ. Alternatieve hulp in de lift. KLOZ-Info; 2, 1985, no. 3, p. 3

- LAGENDIJK OPINIE-ONDERZOEK. Meningen over en ervaringen met de natuurgeneeskundige. Apeldoorn, 1980
- LINSTONE, H.A., M. TUROFF. (red.). The Delphi Method: Techniques and Applications. London: Addison-Wesley Publishing Company Inc., 1975
- MAASSEN VAN DEN BRINK, H. De kwantitatieve betekenis van de alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1987
- MAASSEN VAN DEN BRINK, H., H.C.M. VORST. Beroepsorganisaties alternatieve geneeswijzen, een inventariserend onderzoek. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1986
- MENGES, L.J., P.A. VAN DIJK. (red.). Reguliere en alternatieve geneeskunde. Van conflict naar synthese. Alphen a/d Rijn/Brussel: Stafleu, 1983
- OOIJENDIJK, W.T.M., J.P.M. MACKENBACH, H.H.B. LIMBERGER. Wat heet beter, eerste verslag van een onderzoek naar gebruik van en tevredenheid met alternatieve en officiële geneeskunde. Leiden: NIPG/TNO, 1980
- RIS, B.G.M., J.P.M. DIEDERIKS. Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking in de hulpverlening. In: Hulpverleners en veranderen: handboek voor psychisch gezondheids- en welzijns- werk; onder redactie van W.M. Hirs, J.J. Huijts. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1974
- SONSBEEK, J.L.A. Gezondheidsenquête, het raadplegen van alternatieve genezers en/- huisartsen in 1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1984, no. 4, p. 5-8
- SONSBEEK, J.L.A. Het raadplegen van huisartsen die alternatieve geneeswijzen toepassen, 1981-1984. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1986, no. 1, p. 11-12
- SONSBEEK, J.L.A. Het raadplegen van alternatieve genezers in 1979 en 1981. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 61, 1983, no. 15, p. 506-514
- SWINKELS, H. Gezondheidsenquêtes. Trends in de medische consumptie, 1981-1986. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 6, 1987, no. 11, p. 5-21
- TWEDE KAMER DER STATEN GENERAAL. Alternatieve geneeswijzen. Brief van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Vergaderjaar 1985-1986, 17481, nr. 23 en 25. Leidschendam, 24 juni 1985 en 21 februari 1986
- VALL, M. VAN DE. Het publiek en de magnetiseur: de analyse van een steekproef. Tijdschrift voor Parapsychologie; 28, 1960, p. 236-265

- VEEN, E. VAN DER. Verzekerd van onzekerheid. In: Stichting Gezondheidszorg '82. Congres 'alternatieve' geneeskunde 12 mei 1987, Apeldoorn
- VISSE, G.R. Interdisciplinaire samenwerking en organisatie. Medisch Contact; 1980, no. 15, p. 468-472
- WINKLER PRINS, J. Huisarts en patiënt: een empirisch sociologisch onderzoek naar het verband tussen maatschappelijke bindingen van patiënten en hun beeld van de huisarts. Meppel: Boom, 1966
- WIT, A. DE. Verkenning van erkenning. In: Stichting Gezondheidszorg '82, Congres 'alternatieve' geneeskunde 12 mei 1987, Apeldoorn

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: CHECKLIST

NIVEL-project 'Samenwerking Reguliere en Alternatieve Genezers'
Deelonderzoek I: 'Haalbaarheid Samenwerkingsexperimenten'

C H E C K L I S T

Voor het onderzoek naar de haalbaarheid van het oprichten van experimentele samenwerkingsverbanden zullen vertegenwoordigers van organisaties van reguliere en alternatieve genezers, van patiëntenorganisaties alsmede van organisaties in de beleids- en financiële sfeer, geïnterviewd worden.

De interviewronde spitst zich toe op twee vragen: welke samenwerkingsexperimenten zijn, naar de mening van betrokken, 'denkbaar' en welke zijn 'realiseerbaar'.

Teneinde de tijdsduur per interview beperkt te houden terwijl toch zo veel mogelijk onderwerpen aan de orde komen, zullen de interviews worden afgenomen aan de hand van een checklist. Deze bestaat uit de volgende deelonderwerpen:

- A - Wensen betreffende integratie reguliere en alternatieve geneeskunde
- B - Omvang en niveau van samenwerkingsexperimenten
- C - Doelstelling van experimenten
- D - Deelnemers aan samenwerkingsexperimenten
- E - Samenwerking tussen deelnemers
- F - Financiële aspecten
- G - Evaluatie van de experimenten

De checklist zal tevoren aan de te interviewen vertegenwoordigers worden toegezonden. Onderwerpen die naar de mening van betrokkene niet relevant zijn kunnen worden overgeslagen; vanzelfsprekend kunnen ook andere, hier niet genoemde aspecten aan de orde worden gesteld.

P. Kuindersma
STICHTING NIVEL
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Tel. 030-319946

A - WENSEN BETREFFENDE DE INTEGRATIE VAN REGULIERE EN ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

- A 1. Bestaat er, naar de mening van uw organisatie, behoefte aan meer samenwerking tussen reguliere en alternatieve genezers?
- A 2. Wat zijn de overwegingen van uw organisatie bij dit standpunt?
- A 3. Wat zijn naar uw mening de voordelen?
- A 4. Wat zijn naar uw mening de nadelen?
- A 5. Indien er meer behoefte aan samenwerking bestaat: welke vorm zou deze samenwerking moeten aannemen?
- A 6. Wat zou de rol van experimenten kunnen zijn bij het bevorderen van de samenwerking tussen reguliere en alternatieve genezers?

B - OMVANG EN NIVEAU VAN SAMENWERKINGSEXPERIMENTEN

- B 1. In welke vorm zou een samenwerkingsexperiment het best gestalte kunnen krijgen?

Bijvoorbeeld:

- alle artsen/genezers in het te kiezen gebied bij het experiment betrekken;
- aansluiten bij een bestaand regulier gezondheidscentrum, of bij een huisartsengroepspraktijk;
- aansluiten bij een bestaand samenwerkingsverband van diverse alternatieve genezers;
- aansluiten bij een bestaand samenwerkingsverband van reguliere en alternatieve genezers;
- een nieuw, gemengd regulier/alternatief of uitsluitend alternatief centrum oprichten;
- individuele huisartsen laten samenwerken met bepaalde alternatieve genezers;
- enz.

- B 2. Welke overwegingen spelen een rol bij het maken van een keuze?

B 3. Wat zou de ideale omvang (aantal genezers, aantal patiënten) voor een samenwerkingsexperiment zijn?

B 4. Welke overwegingen spelen bij het bepalen van uw keuze een rol?

C - DOELSTELLINGEN VAN DE EXPERIMENTEN

C 1. Wat zouden naar uw mening de doelstellingen van de samenwerkingsexperimenten kunnen zijn?

Aandachtspunten bijvoorbeeld:

- verwijfsindicatie: wie bepaalt of patiënt voor alternatieve geneeswijzen in aanmerking komt, en voor welke alternatieve geneeswijzen;
- juiste diagnosestelling;
- continuïteit van de zorg;
- afstemmen van behandelingen;
- integratie van kennis over patiënt;
- integratie van informatie aan patiënt;
- kosteneffecten;
- gezondheidseffecten.

D - DEELNEMERS AAN SAMENWERKINGSEXPERIMENTEN

D 1. Welke alternatieve geneeswijzen komen voor deelname aan samenwerkingsexperimenten in aanmerking?

Welke criteria stelt u aan de deelnemende alternatieve genezers?

Bijvoorbeeld:

- opleiding;
- lidmaatschap organisaties;
- ervaring;
- tarieven.

D 2. Welke andere disciplines komen, naast de huisartsen en alternatieve genezers, eventueel voor deelname in aanmerking?

Welke criteria stelt u aan de eventuele andere deelnemers?

- D 3. Welke criteria stelt u aan de aan de samenwerkingsexperimenten deelnemende huisartsen?

Bijvoorbeeld:

- attitude ten opzichte van alternatieve geneeswijzen;
- kennis van alternatieve geneeswijzen;
- praktijkomvang.

Wat is de positie van huisartsen die zelf één of meer alternatieve geneeswijzen praktiseren? (bijvoorbeeld verschil eigen/andermans patiënten).

E - SAMENWERKING TUSSEN DEELNEMERS

- E 1. Wat is de positie van de huisarts in de samenwerkingsexperimenten?

Bijvoorbeeld ten aanzien van indicatiestellen:

- is dat een taak van de huisarts?
- moet de arts overleggen met een alternatief genezer;
- kan de taak worden overgenomen door een centrale intake.

- E 2. Moet de huisarts tijdens/na afloop van de alternatieve therapie op de hoogte worden gesteld van aard en resultaat van de behandeling?

Op welke wijze?

- E 3. Wat te doen, indien de patiënt per se niet wil dat de huisarts op de hoogte wordt gesteld van het consulteren van een alternatief genezer?
- E 4. Op welke wijze moet, voor de duur van het experiment, de financiële verhouding tussen genezer-patiënt-fonds/verzekeraar geregeld worden?

F - FINANCIËLE ASPECTEN

- F 1. Op welke wijze dienen patiënten de kosten van alternatieve geneeswijzen (consulten, behandelingen, medicijnen/middelen) vergoed te krijgen?

Moeten de kosten volledig worden vergoed als bij de reguliere geneeswijzen? Moet er een eigen risico zijn? Hoe groot? Waarom?

- F 2. Welke kostenposten kunnen ten aanzien van (de organisatie van) het samenwerkingsexperiment onderscheiden worden?

Bijvoorbeeld:

- voorlichting aan patiënten;
- voorlichting aan artsen/genezers;
- bijscholing artsen;
- bijscholing genezers;
- overleg artsen/genezers.

- F 3. Zijn er middelen beschikbaar ter dekking van deze kosten?

- F 4. Moet het experiment begeleid worden?

Door welke instantie(s)?

Wat zijn daarvan de geschatte kosten?

Is er dekking voor deze kosten aanwezig?

G - EVALUATIE VAN DE EXPERIMENTEN

- G 1. Op welke punten zou het experiment tussentijds en/of achteraf geëvalueerd moeten worden?

Bijvoorbeeld:

- gezondheidseffecten;
- consumptiepatronen;
- satisfactie patiënten;
- kosten/baten;
- substitutie/additie van
 - 1e lijns regulier door 1e lijns alternatief,
 - 2e lijns regulier door 1e lijns alternatief.

BIJLAGE 2: INTERIMRAPPORT

Toelichting

Deze bijlage bevat de volledige tekst van het interimrapport met uitzondering van de eerste drie hoofdstukken die respectievelijk de inleiding, de stand van zaken met betrekking tot alternatieve geneeswijzen en de behoefte aan (experimenten met) samenwerking en integratie betreffen.

In het interimrapport wordt verslag gedaan van interviews met vertegenwoordigers van 11 organisaties (zie voor de bij deze gesprekken gehanteerde checklist bijlage 1) en worden enkele resultaten vermeld van een schriftelijke enquête onder alle ziekenfondsen (zie bijlage 3 voor het enquêteformulier) en tien particuliere ziektekostenverzekeraars.

De in het interimrapport weergegeven standpunten van organisaties zijn gebaseerd op geautoriseerde verslaglegging. De status van deze standpunten kan in het algemeen opgevat worden als zijnde een weergave namens organisaties zonder dat daarbij sprake is van een 'officiële' status.

Het interimrapport is als achtergrondstuk gebruikt voor de consensusconferenties.

1. DEELNEMENDE DISCIPLINES

1.1. Genezers

De AAG wil in principe alle alternatieve geneeswijzen in aanmerking laten komen, op voorwaarde dat beoefenaren arts zijn en in het AAG-register opgenomen. De AAG stelt voorts de volgende voorwaarden: deelnemers moeten integer, bekwaam en gemotiveerd zijn; minimaal drie jaar ervaring hebben; en gangbare tarieven hanteren.

Wellicht moet wat betreft deelname aan experimenten een voorbehoud worden gemaakt ten aanzien van de anthroposofische artsen: zij geven waarschijnlijk voorlopig de voorkeur aan het bevorderen van de samenwerking in eigen anthroposofische kring.

Het LONG wil de zes door de Commissie Muntendam (1981) genoemde geneeswijzen bij experimenten betrekken. Qua opleiding zouden de deelnemers moeten voldoen aan de eisen zoals in november 1987 door de CAG geformuleerd en voorgesteld aan de NRV. Het lidmaatschap van een erkende organisatie moet verplicht zijn, met name wanneer straks de BIG in werking zal zijn getreden, opdat daarmee een adequate vooropleiding gegarandeerd is.

De VNT zou deelname in principe open willen stellen voor alle alternatieve geneeswijzen, in ieder geval voor de zes van de Commissie Muntendam. Geëist zou moeten worden: kennis op HBO-niveau van de reguliere anatomie en fysiologie; plus, voor de VNT-ers, kennis van de natuurgeneeskunde en diverse deeldisciplines. Lidmaatschap van een erkende organisatie is gewenst, ten teken dat ballotage heeft plaatsgehad, en terwille van intercollegiale toetsing.

De deelnemende huisartsen moeten positief staan tegenover en kennis hebben van de alternatieve geneeswijzen.

De NFPN wil niemand bij voorbaat uitsluiten, en stelt slechts eisen aan de eigen leden: zij dienen zich te houden aan de Erecode.

De NVA is van mening dat diagnostiek en therapie in de alternatieve geneeskunde zo verschillen van de reguliere praktijk, dat de huisarts, uitgaande van de Westerse diagnostiek, niet altijd juist zal verwijzen. De hiërarchische verhouding als bij bijvoorbeeld fysiotherapie, waarbij de huisarts medisch gezien meer van de patiënt

weet dan de fysiotherapeut, is inzake alternatieve geneeswijzen niet gewenst. Patiënten noch therapeuten zijn echter gebaat bij een in zichzelf gepolariseerde gezondheidszorg. Therapeuten moeten daarom een zodanige reguliere vooropleiding hebben, en huisartsen moeten zoveel voorkennis van alternatieve geneeswijzen hebben, dat optimale communicatie mogelijk kan zijn.

1.2. Patiënten

Het LOPAG zou de door de Commissie Muntendam voorgestelde geneeswijzen, met uitzondering van de paranormale geneeswijze, tot het experiment willen toelaten, dus homeopathie, acupunctuur, manuele therapie en natuurgeneeskunde. De anthroposofische genezers vallen volgens het LOPAG af, omdat zij een geheel eigen samenwerkingsvorm voorstaan.

De voorkeur van het LOPAG gaat uit naar kundige, ervaren genezers die meerdere disciplines beheersen, bijvoorbeeld afgestudeerden van de Akademie voor Natuurgeneeskunde. Zij weten, in tegenstelling tot artsen, veel van voeding; er is dan niet altijd een diëtist(e) nodig. Ten aanzien van criteria als opleiding en lidmaatschap stelt het LOPAG dat diegenen tot het experiment toegelaten zouden kunnen worden, die geregistreerd staan bij de Stichting Natuurlijk Welzijn. Overigens maakte de oud-staatssecretaris van WVC, J.P. Van der Reijden, op het LOPAG-congres van 7 november 1987 bekend, dat op korte termijn een stichting zal worden opgericht ter registratie van alternatieve genezers.

1.3. Huisartsen

Op grond van de voorlopige uitkomst van een eerste gedachtenwisseling in het Centraal Bestuur van de LHV, mag worden verwacht dat de LHV experimenten zou willen beperken tot samenwerking met artsen, fysiotherapeuten en andere (para-)medici van de disciplines homeopathie, acupunctuur, manuele therapie, en eventueel ook natuurgeneeskunde.

Het standpunt van de LHV komt grotendeels overeen met het oordeel van de huisartsen, zoals blijkt uit de voorlopige uitkomsten van het NIVEL-onderzoek (G.J. Visser, 1988): met homeopaten wil 42% van de huisartsen meer contact, met acupuncturisten 38%, met manueel therapeuten 33%; met natuurgeneeskundigen wil 11% meer contact. Daarnaast

wil een 20% van de huisartsen méér contact met anthroposofische genezers.

1.4. Verzekeraars

Volgens het KLOZ komen artsen/fysiotherapeuten die een van de 6 in het rapport van de Commissie Muntendam (1981) genoemde geneeswijzen beoefenen, voor het experiment in aanmerking. Ook de VNZ noemt de disciplines van de commissie maar zondert de paranormale genezers uit, omdat niet duidelijk is aan welke opleidingseisen zij voldoen; de overige alternatieve genezers dienen lid te zijn van een door de ziekenfondsen erkende organisatie.

Desgevraagd meldde de VNZ dat flebologie en proctologie geen 'alternatieve geneeswijzen' in de gebruikelijke zin van het woord zijn. In feite betreft het hier reguliere medische technieken, die in sommige ziekenhuizen door chirurgen worden toegepast. Een aantal fondsen vergoedt daarnaast soms, via de aanvullende verzekering, de behandeling in gespecialiseerde klinieken als die te Terwolde*.

Ook de VNZ wil experimenten beperken tot alternatieve artsen en fysiotherapeuten.

De afzonderlijke fondsen delen deze mening. De 26 fondsen die een aanvullend pakket voor het gebruik van alternatieve geneeswijzen kennen, hebben de dekking beperkt tot alternatieve artsen en fysiotherapeuten die lid zijn van een door de fondsen erkende organisatie. Uit de enquête blijkt dat de 22 fondsen die experimenten wenselijk achten, hierin geen verandering willen brengen.

Eén van de geënquêteerde ziektekostenverzekeraars zou ook niet-(para-)medici in aanmerking willen laten komen, op voorwaarde dat de huisarts de behandeling onderschrijft.

1.5. Extra disciplines

Tijdens de interviews zowel als in de enquêtes werd gevraagd of men de deelneming aan mogelijke experimenten wilde beperken tot huisartsen en alternatieve genezers, of dat men misschien meer disciplines

* Op grond van deze informatie worden in dit verslag flebologie en proctologie verder buiten beschouwing gelaten.

voor samenwerking in aanmerking wilde laten komen. Sommige huisartsen hebben immers een solopraktijk, andere werken in bijvoorbeeld gezondheidscentra met onder andere wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, tandartsen, fysiotherapeuten en/of diëtisten samen. Vrijwel alle organisaties willen experimenten in eerste instantie beperken tot huisartsen en alternatieve genezers.

Het KLOZ gaf aan dat eventueel een maatschappelijk werker toegevoegd zou kunnen worden, die de samenwerking tussen de deelnemers zou kunnen bevorderen, en in sommige gevallen voor achtergrondinformatie over patiënten kan zorgen.

Het LONG zou in sommige gevallen willen samenwerken met een pastoraal werker, het LOPAG wees erop dat patiënten soms baat hebben bij een combinatie van homeopathie en psychotherapie.

1.6. Samenvatting

Ziekenfondsen en huisartsen willen eventuele experimenten beperken tot alternatieve artsen en andere alternatieve (para-)medici. Het KLOZ deelt dit standpunt, al zijn er onder de aangesloten maatschappijen enkele die, onder voorwaarden, behandeling door niet-(para-)medici van bijvoorbeeld VNT en NFPN vergoeden.

De geëinquêterde huisartsen, de LHV, de geëinquêterde ziekenfondsen en de VNZ willen de samenwerking - voor zover zij daarvan voorstander zijn - beperken tot de disciplines homeopathie, acupunctuur en manuele therapie, in mindere mate ook tot anthroposofische- en natuurgeneeskunde. De anthroposofische geneeskundigen kennen overigens geen hoge prioriteit toe aan experimentele samenwerking met huisartsen.

De meeste organisaties willen naast artsen en genezers geen andere beroepsgroepen bij een experiment betrekken.

2. OMVANG EN VORM VAN DE SAMENWERKING

2.1. Genezers

De NFPN heeft geen concrete voorstellen voor een vorm van samenwerking, men vindt het belangrijker dat er samengewerkt wordt.

Het LONG stelt dat experimenten overzienbaar en controleerbaar moeten zijn. De schaal kan variëren, er zullen gezien het brede aanbod van alternatieve geneeswijzen meer alternatieve dan reguliere beroepsbeoefenaren bij betrokken zijn.

De VNT onderscheidt drie mogelijke samenwerkingsvormen:

- volgens het Engelse model: in groepspraktijk of regio een algemeen verwijzend huisarts (een generalist met kennis van de vormen en de filosofie van de natuurgeneeswijze);
- een associatief verband van huisarts en alternatief genezer. Zij zien de patiënt gezamenlijk en zijn, ieder vanuit de eigen professie, gezamenlijk verantwoordelijk;
- een gemengde groepspraktijk waarbij een natuurgeneeskundige voor de intake zorgt;

De VNT heeft een lichte voorkeur voor een associatief verband van arts en genezer, omdat dit de beste opvoedende waarde heeft; alsmede voor experimenten rond (eventueel nog op te richten) gemengde centra. De VNT wijst er nadrukkelijk op dat de experimenten kleinschalig moeten zijn: men moet in geen geval alle artsen in de proefregio, dus ook zij die sterk tegen de alternatieve geneeskunde zijn, erbij betrekken.

De AAG deelt dit laatste argument. De AAG acht voor het experiment samenwerking tussen individuele huisartsen en bepaalde alternatieve artsen denkbaar, alsook experimenten rond bestaande of nieuw op te richten gemengde centra. Voorts zou volgens de AAG gedacht kunnen worden aan een soort poliklinisch centrum.

Het aantal deelnemers zou beperkt moeten blijven tot 2 à 6, omdat anders een aparte managementfunctie noodzakelijk wordt.

2.2. Patiënten

Het LOPAG heeft voorkeur voor een experiment rond een reeds bestaand gemengd samenwerkingsverband, een gezondheidscentrum of een huisartsenpraktijk. Deze voorkeur voor bestaande samenwerkingsverbanden wordt als volgt gemotiveerd: liever een geslaagd experiment met eventueel iets geflatteerde cijfers vanwege de hoge motivatie van deelnemers, dan een objectief maar mislukt experiment wegens gebrek aan medewerking.

Ook het LOPAG is voorstander van kleinschaligheid: experimenten rond steeds ± 2000 patiënten, die uit zoveel mogelijk alternatieve disciplines moeten kunnen kiezen. AMC-achtige grootheden moeten worden voorkomen. Het LOPAG heeft voorkeur voor een constructie als bij bijvoorbeeld de anthroposofische Therapeutica gebruikelijk is: een vereniging of stichting, met genezers in loondienst en patiënten in het bestuur.

2.3. Huisartsen

De LHV heeft nog geen concrete gedachten ontwikkeld over eventuele samenwerkingsexperimenten.

2.4. Verzekeraars

Het KLOZ acht experimenten mogelijk rond bestaande samenwerkingsverbanden van alternatieve genezers, waaraan een regulier arts wordt toegevoegd; of rond bestaande gemengde centra. Men wijst er overigens op dat meer patiënten bij het samenwerkingsverband betrokken moeten worden, naarmate meer genezers er hun boterham verdienen. In geen geval zou het KLOZ experimenten centreren rond bestaande gezondheidscentra. Deze centra hebben zulke specifieke kenmerken, dat de resultaten niet generaliseerbaar zullen zijn.

De VNZ wil de experimenten juist wel centreren rond bestaande gezondheidscentra, of rond bestaande groepspraktijken. Dit met name vanwege de aanwezige infrastructuur; en omdat daar reeds gestructureerd overleg bestaat, zowel over de patiënten als over de diverse behandelwijzen.

De experimentele samenwerkingsverbanden zouden qua omvang beperkt

moeten blijven tot die van de huidige groepspraktijken: met enkele (alternatieve) artsen.

Van de geënquêteerde ziekenfondsen hebben zich drie over de mogelijke omvang uitgelaten, de meeste fondsen beperkten zich bij deze vraag tot het opsommen van de in aanmerking komende disciplines. Eén fonds gaf aan slechts beperkte, controleerbare experimenten te willen; één fonds zou twee waarneemgroepen met een chiropractor willen laten samenwerken ten behoeve van patiënten met acute rug- en nekklachten; één fonds zou in de regio met één alternatieve discipline willen experimenteren.

2.5. Samenvatting

De diverse organisaties hebben in het algemeen een voorkeur voor kleinschalige experimenten, waarbij slechts enkele artsen en alternatieve genezers betrokken worden. De omvang moet niet groter zijn dan die van de huidige gezondheidscentra. Sommige organisaties zien voordelen in samenwerkingsverbanden van één huisarts met één alternatieve genezer.

3. DOELSTELLINGEN EXPERIMENT

3.1. Genezers

De VNT is van mening dat de voornaamste doelstelling van samenwerkingsexperimenten zou moeten zijn: de kennis van, en de hulp aan de patiënt compleet dekkend maken. Huisarts en alternatieve genezer dienen beide bij zowel diagnose als behandelingsstrategie betrokken te worden.

Kennis van elkaars werk en methode, elkaars professionele autonomie respecteren, elkaar in waarde laten zijn condities en doelstellingen.

Het LONG stelt dat gezondheidseffecten maatgevend moeten zijn, het doel moet zijn zoveel mogelijk rendement voor de patiënt te behalen. Er moet zonder langdurige schadelijke onderzoeken gediagnostiseerd kunnen worden. De patiënt moet vrij zijn in de keuze van geneeswijzen.

De AAG noemt als doelstellingen voor het experiment:

- beter inzicht krijgen in elkaars diagnostiek en methode, gewinning aan elkaar,
- bevorderen van integratie en afstemming van behandelingen,
- verduidelijken van de verwijsindicatie (wie verwijst wanneer naar wie),
- inzicht krijgen in de organisatorische mogelijkheden van samenwerking: is het financieel en praktisch haikbaar,
- inzicht krijgen in de resultaten van samenwerking in termen van gezondheid van de patiënt.

De NVA suggereerde dat samenwerking onder andere als voordeel kan hebben dat artsen beter geïnformeerd raken over hun patiënten. De huisarts heeft soms nog geen tien minuten contact met de patiënt, terwijl het contact tussen alternatief genezer en patiënt al gauw bijna een uur duurt.

3.2. Patiënten

Het LOPAG acht het afstemmen van behandelingen een belangrijke doel-

stelling, alsmede het bevorderen van het onderling verwijzen. De vraag is: is het mogelijk samen te werken met erkenning van elkaars professionele autonomie en met wederzijds respect.

Gezondheidseffecten - belangrijk - zijn moeilijk meetbaar; de subjectieve effecten moeten meetellen.

Het LOPAG acht tevens het onderwerp substitutie/additie van belang: krijgt de patiënt alternatieve behandelingen náást of in plaats van de reguliere zorg.

3.3. Huisartsen

Een medewerker van de LHV verklaarde in het interview dat bij samenwerking, en dus ook bij experimenten daarin, altijd gelet moet worden op wie verantwoordelijk is voor de behandeling, en op een duidelijke rapportage van de casuïstiek. Experimenten moeten duidelijkheid opleveren over gezondheidseffecten, en over de meest optimale vorm van samenwerking.

3.4. Verzekeraars

Het KLOZ zou gaarne willen peilen in hoeverre er bereidheid tot samenwerking bestaat, en of de samenwerking tussen huisartsen en alternatieve genezers tot resultaten leidt. Het KLOZ acht daarbij de gezondheidseffecten nog belangrijker dan de kosteneffecten. In het experiment zou de huisarts de indicatie moeten blijven bepalen.

Ook bij de VNZ is men van mening dat de huisarts centraal moet blijven staan. Geëxperimenteerd zou kunnen worden met gestructureerd overleg over de verwijzing, als in de gezondheidscentra, maar de huisartsen moeten uiteindelijk beslissen.

De VNZ denkt dat, met een financiële tegemoetkoming voor partijen, de samenwerking wel van de grond komt.

Van de geënquêteerde ziekenfondsen die een standpunt bekend gemaakt hebben, noemen er twee als belangrijkste doelstelling het ontwikkelen en evalueren van samenwerkingsvormen. Eén fonds stelde, dat experimenten de protocollaire benadering, bijvoorbeeld van ernstige pijn- en rugklachten, moeten bevorderen. Verder noemden twee fondsen substitutie- en effectonderzoek.

3.5. Samenvatting

Uit de interview- en enquêteronde komen in feite twee soorten doelstellingen naar voren, gericht op de samenwerking zelf of gericht op de effecten ervan.

Tot het eerste cluster kunnen worden gerekend: onderzoeken of samenwerking mogelijk is, en onder welke voorwaarden; het doorbreken van de patstelling; het leren kennen en waarderen van elkaars mogelijkheden; het bevorderen van de informatie-uitwisseling.

Tot het tweede cluster kan worden gerekend: onderzoek naar gezondheidseffecten, consumptiepatronen, substitutie-effecten en satisfactie.

4. DE PATIËNT: RECHTEN EN PLICHTEN

Over de rechten en plichten van de patiënt tijdens de experimenten zijn de meningen verdeeld. In de gesprekken en de enquête kwamen met name de volgende onderwerpen aan bod: toegankelijkheid van de geneeswijzen, kosten voor de patiënt, informatie aan de huisarts.

4.1. Genezers

De NVA is voorstander van handhaving van een eigen risico, om onnodige behandelingen te voorkomen: bij een zeker eigen risico komt de patiënt alleen zolang de behandeling effectief is.

De NVA vindt dat de patiënt het recht heeft niet akkoord te gaan met het informeren van de huisarts.

Ook de AAG respecteert het recht van de patiënt te weigeren dat de huisarts geïnformeerd wordt. Wel moeten de motieven hiervoor onderzocht worden. Weigering mag niet tot gevolg hebben dat de behandeling gestaakt wordt. Informatie aan de huisarts kan geregeld worden door een brief voor de huisarts aan de patiënt mee te geven.

De AAG deelt de patiënten van de bij de experimenten betrokken alternatieve artsen en huisartsen in vier categorieën in:

- patiënten die geen gebruik maken van alternatieve genezers;
- patiënten die gebruik maken van alternatieve genezers die niet aan het experiment deelnemen;
- patiënten die gebruik maken van alternatieve genezers die wel aan het experiment deelnemen;
- patiënten die geen gebruik maken van huisartsen.

De AAG merkt op, dat de toegang tot de ene geneeswijze niet moeilijker mag zijn dan die tot de andere. De patiënt moet vrije keuze van geneeswijze en hulpverlener hebben. Voor de patiënt mag het financieel geen verschil maken. Consulten moeten worden vergoed op basis van het uurtarief van huisartsen; voor medicamenten zou (net als bij regulier) een geringe bijdrage gevraagd moeten worden.

De VNT stelt dat men de tijd moet nemen voor de patiënt; deze tijd moet worden gehonoreerd via het standaard-ziekenfondspakket. Er moet wel een eigen risico zijn. Patiënten hebben het recht te weigeren dat hun huisarts in kennis wordt gesteld. Informatie aan de huisarts

is wel gewenst: nu is de arts vaak niet bekend met (het resultaat van) de behandeling door de alternatieve genezer, en schrijft hij effecten aan eigen ingrijpen toe (Naar onze mening zal ook het omgekeerde kunnen voorkomen).

NFPN-leden zijn verplicht te controleren of de patiënt de huisarts geconsulteerd heeft, informatie-overdracht aan de huisarts is niet verplicht. Men hoeft de patiënt niet meer te vertellen dan deze aan kan.

Het LONG is van mening dat de kosten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen volledig, als bij regulier, vergoed moeten worden. De patiënt moet volledige keuzevrijheid hebben. De financiële verhouding tussen alternatieve genezers en fondsen/verzekeraars moet tevoren schriftelijk worden vastgelegd.

Over het informeren van de huisarts merkt het LONG op, dat in een hecht samenwerkingsverband de huisarts uiteraard op de hoogte is. Overigens geldt dat als de huisarts enige bemoeienis met de komst van de patiënt gehad heeft, hij/zij op de hoogte wordt gesteld; dit is niet verplicht als de huisarts er geen bemoeienis mee gehad heeft.

Indien de patiënt niet wil dat de huisarts geïnformeerd wordt dient dit gerespecteerd te worden; maar deze patiënten lijken niet geschikt voor samenwerkingsexperimenten.

4.2. Patiënten

Ook het LOPAG acht het gewenst dat de huisarts op de hoogte wordt gesteld: elke therapie moet zich willen verantwoorden. De patiënt heeft uiteraard het recht hieraan zijn toestemming te onthouden.

De betrokkenheid van de patiënt moet zo hoog mogelijk zijn: (alternatieve) gezondheidszorg heeft niet alleen een curatieve- maar ook een informerende, preventieve rol.

Patiënten moeten het recht hebben zelf een keuze te maken voor de gewenste geneeswijze of hulpverlener.

De alternatieve geneeswijzen zouden voor de duur van het experiment in het standaardpakket opgenomen moeten worden.

Over een eigen risico is het LOPAG verdeeld: sommigen zijn voorstander ter beperking van overconsumptie, anderen zijn niet overtuigd van een verband tussen overconsumptie en het ontbreken van een eigen risico.

4.3. Huisartsen

De LHV heeft zich hierover nog niet uitgesproken.

4.4. Verzekeraars

Het KLOZ acht het zeer gewenst dat huisartsen op de hoogte worden gesteld van aard en resultaat van de alternatieve therapie. Wel heeft de patiënt het recht dit te weigeren; dit zou eventueel voor de behandelaar aanleiding mogen zijn de behandeling te staken.

De alternatieve geneeswijzen zouden als experiment standaard of aanvullend in het pakket opgenomen moeten worden, eventueel met een eigen risico. Dit zou wellicht in WTG-verband geregeld kunnen worden.

De VNZ is voorstander van het inbouwen van een financiële drempel, gezien het ontbreken van effectstudies.

Vergoeding van de kosten moet via de aanvullende verzekering: de overheid staat uitbreiding van het ziekenfondspakket niet toe. Voor extra werkzaamheden zouden de betrokken artsen en genezers een vergoeding moeten ontvangen.

De VNZ vindt schriftelijk contact tussen huisartsen en alternatieve genezers gewenst, zeker tijdens een experiment. De situatie dat de patiënt toestemming daarvoor weigert, past niet in het experiment.

Uit de enquête onder de ziekenfondsen blijkt, dat de meeste fondsen op dit moment verwijzing door huisarts naar alternatief genezer, noch het informeren van huisarts door alternatief genezer, verplicht gesteld hebben. Dit laatste wordt overigens wel gewenst geacht; tenminste vijf fondsen overwegen informatie-uitwisseling tussen huisarts en alternatief genezer verplicht te stellen.

4.5. Samenvatting

Over de toegang tot de alternatieve geneeswijzen bestaat verschil van mening. Met name patiënten- en genezersorganisaties stellen dat de patiënt zelf moet kunnen bepalen tot welke geneeswijze hij/zij zich wendt. VNZ en KLOZ daarentegen zijn van mening dat de keuze uiteindelijk, eventueel in overleg met patiënt en genezer, door de huisarts moet worden bepaald.

Patiënten moeten het recht hebben het informeren van de huisarts te

weigeren, in principe echter behoort de huisarts op de hoogte te worden gesteld. De VNZ stelt dit bij experimenten zelfs als voorwaarde.

Over (de hoogte van) een eventueel eigen risico - zoals nu in feite gebruikelijk is - zijn de meningen verdeeld. Er zijn voorstanders van (handhaving van) een eigen risico, anderen willen geen financieel onderscheid tussen de reguliere en de alternatieve zorg. De keuze is mede afhankelijk van de beoogde doelstelling: samenwerkingsinhoudelijk of effectonderzoek.

5. SAMENWERKINGSVORMEN

Bij de vraag naar denkbare en haalbare samenwerkingsvormen onderscheiden we vier thema's, die achtereenvolgens kort besproken zullen worden.

5.1. Mono-, bi- en multi-disciplinaire samenwerking

We zagen reeds dat in ieder geval de ziekenfondsen en de huisartsen de samenwerking met alternatieve genezers willen beperken tot diegenen die (para-)medicus zijn. Tevens wil men een beperking tot de disciplines homeopathie, acupunctuur en manuele therapie, en eventueel natuur- en anthroposofische geneeskunde. Dit betekent niet automatisch dat al deze disciplines bij één experiment betrokken kunnen worden.

Zo acht de NVA ook het bevorderen van mono-disciplinaire samenwerking van belang: acupuncturisten zonder voldoende medische scholing zouden in een soort dienstverband bij arts-acupuncturisten moeten kunnen werken. De anthroposofische genezers leggen nog sterker het accent op samenwerking vanuit één gezamenlijke alternatieve invalshoek.

De NVMT is voorstander van bi-disciplinaire samenwerking; de manueel therapeuten willen beter overleg met huisartsen, maar hebben geen (behoefte aan een) praktische relatie met alternatieve genezers.

De AAG is geen tegenstander van bi-disciplinaire samenwerking met huisartsen, maar kan zich voorstellen dat ook multi-disciplinaire samenwerking, in bijvoorbeeld een alternatief poliklinisch centrum, goed functioneert. Ook het LOPAG is voorstander van een multi-disciplinair project.

5.2. Intensiteit

De mate van samenwerking kan variëren. Visser (1980) onderscheidde in zijn diepte-dimensie vijf niveaus, beginnend bij het elkaar àchteraf, en als tweede het elkaar vóóraf informeren over diagnose en behandeling, tot het vooraf vaststellen van gemeenschappelijke uitgangspunten op basis van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit laatste niveau achtte hij overigens niet haalbaar, gezien de nood-

zaak in de gezondheidszorg tot soms acuut ingrijpen.

Alle geïnterviewde organisaties achten samenwerking op het tweede niveau, informatie-uitwisseling vóóraf, gewenst. De organisaties van genezers zijn er ook toe bereid. Of de huisartsen die bereidheid ook hebben, is de vraag. We brengen in herinnering dat huisartsen vooral meer informatie willen over de behandeling van hun patiënten, en veel minder bereid bleken zelf medische informatie te verschaffen. Tenminste één van de geëquëteerde ziekenfondsen wil de informatie-uitwisseling binnenkort structureren en verplicht stellen. De alternatieve genezers met wie het fonds een overeenkomst wil aangaan, zullen de huisarts schriftelijk in kennis moeten stellen van de komst van de patiënt, van diagnose en voorgenomen therapie, en van het resultaat. Indien de patiënt hiertegen bezwaar heeft, moet een door hem/haar ondertekende verklaring dienaangaande bij het dossier worden bewaard.

Bovenstaand informatie-model kwam in de interviews aan de orde, en alle organisaties verklaarden zich er in principe mee akkoord. De communicatie van genezer naar huisarts lijkt daarom gewaarborgd.

De VNZ stelde dat patiënten die niet akkoord gaan met informatie aan hun huisarts, niet bij een experiment betrokken moeten worden. LOPAG, LONG, AAG, VNT en NFPN stellen dat een experiment het behandelen van patiënten niet mag belemmeren.

Kan de uitwisseling van informatie over de therapie relatief gemakkelijk geregeld worden, verdergaande samenwerking in de vorm van bijvoorbeeld gezamenlijk diagnostiseren en behandelen lijkt moeilijker te realiseren. Alle organisaties van alternatieve genezers waarschuwden tegen experimenten waarbij de huisarts het monopolie op bijvoorbeeld de diagnostiek behoudt; fondsen en verzekeraars kennen aan de huisarts juist de centrale rol toe.

Samenwerking noch het niveau van samenwerking laten zich overigens afdwingen; goede persoonlijke relaties en een klimaat waarin kritiek kan worden geuit zijn vereist wil de samenwerking intensiever kunnen worden en tot resultaten kunnen leiden (Ris en Diederiks, 1974; Boerma en Ten Cate, 1985).

Het lijkt dan ook raadzaam 'klein te beginnen' met gestructureerde informatie-uitwisseling, maar wel alvast mogelijkheden te bieden om de samenwerking in de loop der tijd te intensiveren.

5.3 Huisvesting

Het LOPAG is voorstander van zoveel mogelijk disciplines onder één

dak, dat vergemakkelijkt het geïntegreerd multi-disciplinair behandelen. Ook VNZ en KLOZ zien voordelen in een gemeenschappelijk centrum, bijvoorbeeld omdat dat het overleg faciliteert. De AAG wil onder andere experimenteren met een alternatief poliklinisch centrum. De VNT kent reeds zo'n centrum: te 's-Heerenberg houden beoefenaren van diverse alternatieve disciplines tegelijkertijd spreekuur. Uit eigen waarneming kennen we een huisarts die, eens per 14 dagen, zijn spreekkamer ter beschikking stelt aan een paranormaal genezer, voor de behandeling van bepaalde, door de arts geselecteerde patiënten; deze vorm van samenwerking voldeed naar zijn zeggen prima.

Er zijn ook argumenten die tégen gezamenlijke huisvesting pleiten. De AAG noemt onder andere de hoge overheadkosten, bijvoorbeeld receptie en management; sommige organisaties vrezen dat zij, onder onmiddellijke supervisie van de arts, te weinig ruimte krijgen om naar eigen professionele inzichten te handelen.

5.4 Bestaande of nieuwe samenwerkingsverbanden

Het LOPAG is voorstander van experimenten rond bestaande centra. De medewerkers daar zijn bereid en in staat tot overleg.

Ook VNZ en KLOZ zijn om die reden voorstander van experimenten rond reeds bestaande groepspraktijken en/of gezondheidscentra, al acht het KLOZ de resultaten van samenwerking in gezondheidscentra moeilijk generaliseerbaar. Een moeilijkheid zou tevens kunnen zijn dat niet alleen de artsen, maar ook de overige werkers in de gezondheidscentra, bereid moeten zijn met een alternatief genezer samen te werken.

Bestaande samenwerkingsverbanden waren bij negen geënkquêteerde ziekenfondsen bekend. Drie ziekenfondsen kenden 'een paar', 'enkele' of 'diverse' samenwerkingsverbanden in hun regio, zes andere fondsen noemden er in totaal 13. Daarbij ging het twee keer om gezondheidscentra en twee keer om groepspraktijken waarbij tenminste één arts zich gespecialiseerd had in acupunctuur of homeopathie; de overige gevallen betroffen individuele artsen die wel eens naar een bepaalde collega verwezen of 'er geen bezwaar tegen hebben dat hun patiënt een andere arts consulteert'. Bij deze 13 samenwerkingsverbanden waren in totaal zes homeopathen, vier acupuncturisten, twee natuurgeneeskundigen en 3 manueel therapeuten betrokken.

Uit eigen waarneming is nog een natuurgeneeskundig arts bekend, die gezamenlijk praktijk uitoefent met een niet regulier geschoolde natuurgenezer; en een alternatief centrum waar artsen en niet-artsen

diverse alternatieve geneeswijzen in gezamenlijk overleg toepassen. In Rotterdam ten slotte is onder leden van de plaatselijke huisartsenvereniging een gidsje verspreid met de namen van collega's die alternatieve geneeswijzen toepassen, en naar wie men zonodig kan verwijzen.

Veel gestructureerde samenwerkingsverbanden van huisartsen en (niet regulier geschoolde) alternatieve genezers zijn er niet. Voor een alternatief gezondheidscentrum bieden de vestigingseisen momenteel weinig ruimte. Gedacht kan worden aan het oprichten van een alternatief poliklinisch centrum, waarnaar huisartsen in de regio kunnen verwijzen; ook kunnen bi-disciplinaire verbanden tot stand worden gebracht.

BIJLAGE 3: ENQUÊTE ZIEKENFONDSEN



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerste lijns gezondheidszorg

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

leveranciersadres
drieharingstraat 6
utrecht

datum 22 september 1987.

kenmerk GGZ:ALT.E/207/LP/pk

Geachte heer, mevrouw,

In opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is het NIVEL onlangs begonnen met een onderzoek naar de samenwerking tussen artsen en alternatieve genezers. Het voorgenomen onderzoek bestaat uit verschillende delen waarvan het eerste, 'Haalbaarheid Samenwerkingsexperimenten', tot doel heeft de mogelijkheden tot oprichting van enkele experimentele samenwerkingsverbanden vast te stellen. Achterliggende gedachte hierbij is dat (het gericht stimuleren van) enkele samenwerkingsexperimenten een groot aantal ervaringsgegevens zal opleveren ter beantwoording van de vraag of en zo ja in welke vorm een integratie van reguliere en alternatieve geneeswijzen in de praktijk gestalte kan worden gegeven.

Eén van de onderdelen van de deelstudie betreft het inventariseren van de wijze waarop, en de mate waarin, het gebruik van alternatieve geneeswijzen thans door ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars vergoed wordt dan wel in de nabije toekomst vergoed gaat worden.

Een ander onderdeel betreft het verzamelen van eventuele ervaringen met reeds bestaande vormen van samenwerking tussen (huis)artsen en alternatieve genezers, alsmede van mogelijke wensen en ideeën met betrekking tot de oprichting van experimentele samenwerkingsverbanden.

Voor dit gedeelte van de deelstudie zouden wij gaarne Uw medewerking verkrijgen.

Bijgaand treffe U aan een korte enquête die betrekking heeft op bovenvermelde aspecten. De enquête bestaat uit vijf delen:

- a - verificatie van de ons bekende, Uw organisatie betreffende gegevens over vergoeding van het gebruik van alternatieve geneeswijzen (gegevens voor dit onderzoek aan het NIVEL verstrekt door de heer Schooleman van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen).

-b - inventarisatie van-

postgiro nr 3113485
amrobank nv utrecht
nr 45 95 14 970

het NIVEL is de voortzetting
van de afdeling wetenschappelijk
onderzoek van het nederlands
huisartsen instituut

- b - inventarisatie van eventuele plannen tot uitbreiding van de vergoeding van het gebruik van alternatieve geneeswijzen.
- c - inventarisatie van de eisen waaraan patiënten, artsen en (verstrek- kers van) medicijnen/middelen moeten voldoen wil van vergoeding sprake kunnen zijn.
- d - inventarisatie van ervaringen met bestaande vormen van samenwerking tussen (huis)artsen en alternatieve genezers.
- e - inventarisatie van wensen en ideeën met betrekking tot nog op te richten experimentele samenwerkingsverbanden.


De aldus verzamelde gegevens zullen bij eventuele rapportage slechts gesommeerd worden weergegeven (bijvoorbeeld: '8 van de 50 instellingen kennen een vergoeding voor manuele therapie, 6 van deze 8 stellen als eis... '), zonder vermelding van de namen der fondsen of verzekeraars.

Wij zouden het zeer op prijs stellen indien U de moeite zou willen nemen deze enquête zo volledig mogelijk in te vullen en (in bijgaande antwoortenveloppe) uiterlijk 12 oktober aan ons te retourneren.

Voor inlichtingen over deze enquête kunt U contact opnemen met de onderzoeker, drs. P. Kuindersma, tel. 030 - 319946.

Bij voorbaat dank voor Uw medewerking.

Hoogachtend,
STICHTING NIVEL



Mw. drs. J.M. Bensing
Directeur

I - VERGOEDING ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (actuele situatie)

Aan een computeruitdraai, ons ten behoeve van dit onderzoek beschikbaar gesteld door de V.N.Z., ontlenen wij de volgende gegevens per 1 juli 1987:

1 naam ziekenfonds: contactpersoon
2 vergoedt alternatieve geneeswijzen:	ja / nee
3 indien ja: dit betreft	<p>A o acupunctuur o acu-pressuur o ooracupunctuur o electro-acupunctuur o laser-acupunctuur</p> <p>B o homeopathie</p> <p>C o anthroposofische geneeskunde o anthropofische therapieën</p> <p>D o manuele therapie (vd Bijl) o manuele therapie (Sickesz) o manuele therapie (Eindhoven) o chiropractie o podo-orthesiologie</p> <p>E o natuurgeneeskunde o moerman-therapie o neuraaltherapie o enzymtherapie o celtherapie</p> <p>F o flebologie o proctologie</p> <p>G o kuuroorden, nl.:</p> <p>H o iriscopie (altern. diagnostiek)</p> <p>I o andere altern. geneeswijzen, nl.:</p>
4 eigen risico:	<p>nee / ja</p> <p>alleenstaande: f , p.j.</p> <p>gezin: f , p.j.</p>
5 maximum vergoeding:	f , p.j.
6 vergoeding voor eerste consult:	<p>nee / ja</p> <p>bijzonderheden:</p>
7 vergoeding voor volgende consulten:	<p>nee / ja</p> <p>bijzonderheden:</p>
8 vergoeding voor medicijnen/middelen:	<p>nee / ja</p> <p>bijzonderheden:</p>

Wilt U de gegevens, indien deze incorrect of onvolledig zijn, corrigeren of aanvullen?

II - EVENTUELE WIJZINGEN (tot 1 juli 1988)

9 bestaan er, voor zover thans bij U bekend, plannen tot wijziging in de nabije toekomst (zegge tot 1 juli 1988) van de vergoeding voor het gebruik van alternatieve geneeswijzen?

zo nee: door naar pag 3.

zo ja: kunt U in onderstaand overzicht aangeven waarop de voorgenomen wijzigingen betrekking hebben?

ja / nee

- A
 - ☐ acupunctuur
 - ☐ acu-pressuur
 - ☐ ooracupunctuur
 - ☐ electro-acupunctuur
 - ☐ laser-acupunctuur
- B
 - ☐ homeopathie
- C
 - ☐ anthroposofische geneeskunde
 - ☐ anthropofische therapieën
- D
 - ☐ manuele therapie (vd Bijl)
 - ☐ manuele therapie (Sickesz)
 - ☐ manuele therapie (Eindhoven)
 - ☐ chiropractie
 - ☐ podo-orthesiologie
- E
 - ☐ natuurgeneeskunde
 - ☐ moerman-therapie
 - ☐ neuraaltherapie
 - ☐ enzymtherapie
 - ☐ celtherapie
- F
 - ☐ flebologie
 - ☐ proctologie
- G
 - ☐ kuuroorden, nl.:
- H
 - ☐ iriscopie (altern. diagnostiek)
- I
 - ☐ andere altern. geneeswijzen, nl.:

eigen risico:

nee / ja

alleenstaande: f , p.j.
gezin: f , p.j.

maximum vergoeding:

f , p.j.

vergoeding voor eerste consult:

nee / ja

bijzonderheden:

vergoeding voor volgende consulten:

nee / ja

bijzonderheden:

vergoeding voor medicijnen/middelen:

nee / ja

bijzonderheden:

III - INVENTARISATIE van de VOORWAARDEN waaraan moet zijn voldaan, wil er sprake zijn van vergoeding van het gebruik van alternatieve geneeswijzen.

(indien er thans of in de nabije toekomst geen alternatieve geneeswijzen vergoed worden: door naar pagina 5).

10	moet de patiënt, om voor vergoeding in aanmerking te komen, verwezen zijn door huisarts of specialist?	ja / nee
11	moet de behandelend alternatief genezer de huisarts informeren over aard of resultaat van de behandeling?	ja / nee
12	stelt U bepaalde eisen aan eventueel voorgeschreven alternatieve medicijnen of -middelen?	
13	wie mag deze middelen voorschrijven?	
14	stelt U eisen aan degene die deze medicijnen/middelen aflevert?	
15	wordt een vergoeding gegeven indien de huisarts van patient zelf de altern. geneeswijze beoefent?	nee / ja, via aanv. verzekering / ja, via medewerkerscontract

- 16 moet de alternatieve genezer, wil van vergoeding sprake zijn, een reguliere vooropleiding hebben?

nee / ja, nl.:

- ☐ universitaire artsenopleiding
- ☐ paramedische opleiding
- ☐ anders:

- 17 worden er specifieke eisen gesteld t.a.v. de wijze waarop de alternatief genezer opgeleid of georganiseerd is?

zo ja: kunt U deze in onderstaand schema aangeven?

alt. geneeswijze:	opleidingen, diploma's	lidmaatschap organisaties	overige eisen:
<input type="checkbox"/> acupunctuur <input type="checkbox"/> acu-pessuur <input type="checkbox"/> ooracupunctuur <input type="checkbox"/> el.-acupunctuur <input type="checkbox"/> laser-acupunct.			
<input type="checkbox"/> homeopathie			
<input type="checkbox"/> anthrop. geneesk. <input type="checkbox"/> anthrop. therapie			
<input type="checkbox"/> manuele ther. <input type="checkbox"/> chiropractie <input type="checkbox"/> podo-orthesiologie			
<input type="checkbox"/> natuurgeneeskunde <input type="checkbox"/> moermantherapie <input type="checkbox"/> neuraaltherapie <input type="checkbox"/> enzymtherapie <input type="checkbox"/> celtherapie			
<input type="checkbox"/> flebologie <input type="checkbox"/> proctologie			
<input type="checkbox"/> kuuroorden			
<input type="checkbox"/> iriscopie			
<input type="checkbox"/> andere alternatieve geneeswijzen, nl.:			

V - ERVARINGEN met BESTAANDE VORMEN van SAMENWERKING

<p>18 zijn er, voorzover U bekend, in Uw regio reeds bepaalde samenwerkingsverbanden van huisartsen en alternatieve genezers? hoeveel?</p>	
<p>19 zo ja: kunt U aangeven om welke alternatieve disciplines het daarbij met name gaat?</p>	
<p>20 betreft deze samenwerking in het algemeen alternatieve artsen of andere alternatieve genezers?</p>	
<p>21 zou u in het algemeen de aard van de U bekende samenwerkingsverbanden kunnen omschrijven? bijvoorbeeld: is de samenwerking beperkt (A verwijst naar B) of is deze hechter (gezamenlijke diagnosestelling/behandeling)?</p>	
<p>22 heeft U huisartsen als medewerker gecontracteerd, die in hun praktijk naast de reguliere geneeskunde tevens één of meer alternatieve geneeswijzen beoefenen? zo ja, welke disciplines? hoeveel?</p>	
<p>23 heeft U daarnaast nog contracten afgesloten of afspraken gemaakt met andere alternatieve genezers zo ja, met welke disciplines? hoeveel?</p>	
<p>24 verricht U onderzoek naar de kosten/baten van het vergoeden van het gebruik van alternatieve geneeswijzen? zo ja: zou U kort het resultaat van dit onderzoek kunnen omschrijven?</p>	

VI - WENSEN en IDEEËN met betrekking tot TOEKOMSTIGE
EXPERIMENTELE SAMENWERKINGSVERBANDEN.

Overwogen wordt over enige tijd een aantal experimentele samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en alternatieve genezers op te richten, in de verwachting dat deze experimenten een groot aantal ervaringsgegevens zullen opleveren ter beantwoording van de vraag of en zo ja in welke vorm een integratie van reguliere en alternatieve geneeswijzen in de praktijk gestalte kan worden gegeven.

Met betrekking tot deze experimenten willen wij U, tot slot van deze enquête, graag nog enkele vragen stellen.

Met enige nadruk wijzen we erop dat juist het experimentele karakter de mogelijkheid biedt factoren in overweging te nemen die bij invoering op grote schaal wellicht niet in aanmerking zouden komen.

25 acht U experimenten als boven omschreven wenselijk?

26 zou U in principe op een of andere wijze bij de oprichting van deze samenwerkingsverbanden betrokken willen worden?

(uw antwoord houdt vanzelfsprekend geen verplichting in)

27 zou U kunnen omschrijven aan welke voorwaarden de experimenten zouden moeten voldoen?

bijvoorbeeld:

- welke disciplines komen in aanmerking?
- aan welke eisen moeten betreffende alternatieve genezers voldoen?
- wat is de ideale omvang van een experiment (aantal genezers/patiënten)?
- moet aansluiting worden gezocht bij bestaande samenwerkingsverbanden?
- enz.

Hebt U verder nog vragen of opmerkingen naar aanleiding van de enquête of het onderzoek, dan kunt U daarvoor de blanco achterpagina benutten.

U kunt de ingevulde formulieren retourneren via bijgaande portvrije antwoord-enveloppe. Hartelijk dank voor Uw medewerking.

BIJLAGE 4: CONFERENTIEVERSLAGEN

Toelichting

- a. Deze bijlage bevat de verslagen van twee consensusconferenties die op 6 februari en 21 april 1988 gehouden zijn. Het verslag van de eerste conferentie is door de deelnemers geaccordeerd. Het verslag van de tweede conferentie is eveneens door de deelnemers geaccordeerd met uitzondering van de vertegenwoordigers van het LONG en de NOVAG. Het LONG heeft bij twee punten een tekstwijziging voorgesteld. In het verslag zijn deze wijzigingen als noot onderaan de bladzijde opgenomen. Van de NOVAG was ten tijde van de samenstelling van het onderhavige rapport nog geen reactie ontvangen. Het is aldus mogelijk dat dit verslag naar hun oordeel geen juiste weergave bevat van het verloop en de uitkomsten van de tweede conferentie.
- b. De afkortingen boven de schema's staan voor de volgende organisaties:

AAG	=	Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen
LONG	=	Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen
LOPAG	=	Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen
NOVAG	=	Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers
LHV	=	Landelijke Huisartsen Vereniging
NHG	=	Nederlands Huisartsen Genootschap
KLOZ	=	Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars
VNZ	=	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
WVC	=	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
FRZ	=	Stichting Samenwerkende Ziekenfondsen Friesland
CAG	=	Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de NRV

VERSLAG EERSTE CONFERENTIE

Conferentie Samenwerking Reguliere en Alternatieve Genezers, NIVEL,
6 februari 1988

Deelnemers:

Dhr. M. Lankester, Samenwerkende Ziekenfondsen Friesland
Dhr. A. van de Marel, Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen
Dhr. W. Roelink, Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de NRV
Dhr. L. Rondël, Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen
Dhr. R. Schooleman, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
Dhr. C. Schreurs, Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen
Dhr. H.J. Smid, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Dhr. T. Sypkens, Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers
Dhr. V. Tielens, Nederlands Huisartsen Genootschap
Mw. G. Vegt-Ganzevoort, Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen

alsmede van het NIVEL

Mw. J.M. Bensing (voorzitter conferentie)

Dhr. P. Kuindersma

Dhr. L. Peters

Dhr. G.J. Visser

verhinderd waren de vertegenwoordigers van:
de LHV, de Landelijke Huisartsen Vereniging
het KLOZ, Kontaktorgaan van Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars

Naderhand zijn gesprekken gevoerd met LHV en KLOZ; de oordelen van hun vertegenwoordigers zijn in de tabellen, maar niet in de tekst verwerkt.

Onderwerpen:

1. Doelstellingen samenwerkingsexperimenten
2. Aard van de samenwerking
3. Huisvesting
4. In aanmerking komende geneeswijzen
5. Kwaliteitseisen aan deelnemers

DOELSTELLINGEN

Samenwerking

1. Elkaar leren kennen, accepteren & waarderen
2. Kennis & methoden uitwisselen
3. Onderlinge communicatie optimaliseren
4. Afstemmen van zorg, vermijden van tegenstrijdige interventies

	AAG	LONG	LOPAG	NOVAG	LHV	NHG	KLOZ	VNZ	WVC	FRZ	CAG
AAG	*		*	*	*		*	*	*	*	*
LONG	*		*	*	*		*	*	*	*	*
LOPAG	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
NOVAG	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
LHV	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
NHG	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
KLOZ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
VNZ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
WVC	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
FRZ	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
CAG	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Onderzoek naar

1. Substitutie/additie (kosten)
2. Consumptiepatronen
3. Welbevinden/satisfactie van de patiënt
4. Gezondheidseffecten

	AAG	LONG	LOPAG	NOVAG	LHV	NHG	KLOZ	VNZ	WVC	FRZ	CAG
AAG											
LONG											
LOPAG											
NOVAG											
LHV											
NHG											
KLOZ											
VNZ											
WVC											
FRZ											
CAG											

* haalbaar, wenselijk

±, ?

■ niet haalbaar/wenselijk

□ niet ingevuld

De in de interviewronde genoemde gewenste doelstellingen kunnen in twee groepen ingedeeld worden. Tot het eerste blok rekenen we doelstellingen die het tot stand brengen en verbeteren van samenwerking tussen huisartsen en alternatieve genezers inhouden.

Tot het tweede blok rekenen we het onderzoek naar mogelijke effecten van deze samenwerking.

Voor wat het eerste blok betreft werd na discussie vastgesteld dat het voornaamste oogmerk van het oprichten van samenwerkingsverbanden moet zijn het verbeteren van de communicatie tussen huisarts en alternatieve genezer, het afstemmen van de zorg alsmede het vermijden van tegenstrijdige interventies.

Het NHG tekende daar bij aan, dat indien er sprake is van tegenstrijdige interventies, de communicatie niet goed was: doelstelling 3 is primair.

De items 1 en 2 zijn volgens het NHG meer voorwaarden voor experimenten, geen doelstellingen.

Ook voor WVC zijn item 1 en 2 meer condities vooraf; voor WVC is doelstelling 4 de voornaamste. Bij de gedachte aan de onderhavige samenwerkingsverbanden stond bij WVC de patiënt centraal, niet zozeer de beroepsbeoefenaar. De kwaliteit van de hulpverlening vormde een bron van zorg.

Het LONG waarschuwde voor al te lichtvaardig denken over het kunnen voldoen aan de voorwaarde dat huisarts en alternatief genezer elkaar accepteren en waarderen.

Het NOVAG achtte het uitwisselen van kennis en methoden een te omvangrijk project binnen het kader van het oprichten van samenwerkingsverbanden.

Het NHG zou daartoe eerder nascholingscursussen willen organiseren; het NHG zou willen starten met mensen die elkaar reeds in voldoende mate kennen en waarderen.

De VNZ wil daarentegen juist zo neutraal mogelijke experimenten; deelnemers moeten niet tevoren op bijvoorbeeld attitude worden geselecteerd.

De AAG is daar juist voorstander van: bij deelnemers met een neutrale attitude verloopt het experiment neutraal, bij positieve deelnemers positief, bij negatieve attitudes negatief. Attitude en kennis zijn essentieel: de huisarts moet ook de tweedelijns goed kennen om naar internist of chirurg te kunnen verwijzen.

Voor wat het tweede blok betreft is de overeenkomst het grootst over de wenselijkheid van onderzoek naar de satisfactie van patiënten. Onderzoek naar de effecten op de gezondheid (casuïstiek) wordt eveneens belangrijk geacht.

De VNZ betwijfelt of er een substitutie-effect is, de VNZ verricht met de haar ten dienste staande gegevens zelf reeds onderzoek naar het consumptiepatroon.

Het NHG zou de satisfactie met de samenwerking en communicatie willen meten, en het effect van de communicatie op het consumptiepatroon.

AARD VAN DE SAMENWERKING

Patiëntgebonden

1. Huisarts is verwijzer*
2. Huisarts krijgt bericht van komst patiënt
3. Huisarts voert indicatie-overleg
4. Huisarts krijgt achteraf informatie over diagnose en behandeling
5. Huisarts krijgt vooraf informatie over diagnose en behandeling
6. Huisarts geeft medische informatie
7. Huisarts en genezer overleggen tussentijds
8. Huisarts en genezer diagnostiseren gezamenlijk
9. Huisarts en genezer behandelen gezamenlijk

	AAG	LONG	LOPAG	NOVAG	LHV	NHG	KLOZ	VNZ	MYC	FR2	CAG
1.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
7.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
8.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
9.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Niet patiëntgebonden

1. Voorlichting aan patiënten
2. Voorlichting aan artsen
3. Ontwikkeling verwijscriteria
4. Onderlinge toetsing

	AAG	LONG	LOPAG	NOVAG	LHV	NHG	KLOZ	VNZ	MYC	FR2	CAG
1.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

* haalbaar, wenselijk

±, ?

■ niet haalbaar/wenselijk

□ niet ingevuld

Er werd in de ochtendzitting geruime tijd stilgestaan bij de rol van de huisarts in het samenwerkingsproces.

LONG en NOVAG achtten in principe alternatieve genezers competent genoeg om zelfstandig te bepalen of de patiënt door hen behandeld kan worden dan wel zich tot de huisarts zou moeten wenden.

VNZ en NHG daarentegen wensten dat de huisarts verwijzer is; het NHG wilde een samenwerking creëren analoog aan de reguliere samenwerking: de huisarts verwijst en krijgt naderhand (van alternatieve genezer, van medisch specialist) een verslag.

De heer Lankester merkte op dat de huisarts niet eens zozeer omdat hij arts is, in kennis gesteld moet worden, maar vooral vanwege z'n spilfunctie in de gezondheidszorg.

De AAG wees er op dat het punt van de verantwoordelijkheid voor de behandeling - met name in geval van niet-(para)medici - goed geregeld moet worden.

Alle deelnemers vonden het van groot belang dat er - zo mogelijk - contact is tussen huisarts en alternatief genezer. Het NHG achtte het niet noodzakelijk dat de alternatieve genezer de huisarts tevoren gaat informeren over de voorgenomen behandeling: dat doet de medisch specialist in het algemeen ook niet.

Uiteindelijk wordt de rol van de huisarts (item 1) geformuleerd op een wijze waar vrijwel alle aanwezigen mee akkoord kunnen gaan:

"de huisarts is in beginsel verwijzer, indien hij geen verwijzer is dient de alternatieve genezer, in het kader van dit (deze) samenwerkingsexperiment(en) en getoet op de centrale positie van de huisarts, contact op te nemen met de huisarts."

Voor NHG en VNZ houdt dit onder andere in, dat patiënten die geen toestemming geven voor het informeren van de huisarts, niet in de samenwerkingsexperimenten betrokken kunnen worden.

Het NHG wil wel, in het kader van bijvoorbeeld satisfactie-onderzoek, navraag doen naar de redenen voor het weigeren van toestemming de huisarts in kennis te stellen.

De VNZ vindt de formulering van de rol van de huisarts erg ruim, bij de uitvoering zal er te zijner tijd op moeten worden toegezien dat er geen ontsnappingsmogelijkheden zijn.

Het ontwikkelen van verwijscriteria werd als belangrijkste object van de niet-patiëntgebonden samenwerking gezien. Met name het LOPAG wees op het belang van goede voorlichting over alternatieve geneeswijzen aan patiënten en artsen. Het NHG zou voor artsen dan liever nascholingscurussen organiseren.

HUISVESTING

1. Huisartsen en genezers houden gescheiden praktijk
2. Arts(en) stelt(stellen) ruimte beschikbaar
3. Genezer(s) werkzaam in gezondheidscentrum
4. Gemengd regulier/alternatieve praktijk
5. Genezers werkzaam in alternatieve polikliniek

	AAG	LONG	LOPAG	NOVAG	LHV	NHG	KLOZ	VNZ	WVC	FRZ	CAG
1. Huisartsen en genezers houden gescheiden praktijk	*	*	*	*			*		*		*
2. Arts(en) stelt(stellen) ruimte beschikbaar											
3. Genezer(s) werkzaam in gezondheidscentrum	*			*			*	*		*	
4. Gemengd regulier/alternatieve praktijk	*			*			*	*			
5. Genezers werkzaam in alternatieve polikliniek											

- * haalbaar, wenselijk
 ±, ?
 niet haalbaar/wenselijk
 niet ingevuld

Er was weinig steun voor het idee, de alternatieve genezer op gezette tijden spreekuur te laten houden in een tijdelijk beschikbaar gestelde ruimte in artsenpraktijk of gezondheidscentrum.

De alternatieve genezer zou volgens de deelnemers een eigen stek moeten hebben, nog ongeacht de vraag van gezamenlijke of gescheiden huisvesting. Met name de AAG wees in dit verband op het grote aantal solo-praktijken onder (alternatieve) artsen: kennelijk werken veel collega's toch graag zelfstandig. De meeste deelnemers achten samenwerking met zelfstandig gevestigde genezers haalbaar.

Overeenstemming was er tevens over de mogelijkheid, alternatieve genezers voor de duur van het experiment in gezondheidscentra te huisvesten. Met name de VNZ was voorstander van dit alternatief, vanwege de reeds bestaande overleg- en infrastructuur.





Een samenwerkingsverband rond een hiertoe nog op te richten alternatief poliklinisch centrum van een schaalgrootte als te Winterswijk werd door een aantal aanwezigen, gezien onder andere de aanlooptijd en de te verwachten kosten, voorlopig niet haalbaar geacht. Wel wezen sommigen op kleinschaliger initiatieven in onder meer Leeuwarden en Den Haag. (Veel deelnemers gaven in deze ronde hun oordeel mondeling; in de tabel staan deze 'niet ingevuld' geboekt.)

GENEESWIJZEN

1. Acupunctuur
2. Homeopathie
3. Manuele geneeskunde/therapie
4. Anthroposofische geneeskunde
5. Natuurgeneeskunde "1
6. Paranormale geneeskunde
7. Neuraaltherapie
8. Moerman-therapie

^{o1} Waarin begrepen de natuurgeneeskunde cf. bloemendaal, hilversum en meppel; + abng

	AAG	LONG	LOPAG	NOVAG	LHV	NHG	KLOZ	VNZ	WVC	FRZ	CAG
1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

-  haalbaar, wenselijk
-  ±, ?
-  niet haalbaar/wenselijk
-  niet ingevuld

Volledige overeenstemming was er over de wenselijkheid, acupunctuur, homeopathie en manuele therapie bij de samenwerkingsverbanden te betrekken. Een aantal organisaties, onder wie het LOPAG, wilde tevens de anthroposofische- en natuurgeneeskunde in aanmerking laten komen. Het NHG achtte deelname van paranormale genezers ongewenst, en wilde, samen met onder andere de VNZ, neuraaltherapie en de Moermantherapie eveneens buiten beschouwing laten. De VNZ, en enkele andere deelnemers, rekenden deze therapieën overigens tot de natuurgeneeskunde.

De heer Roelink merkte op dat naar zijn mening bij de anthroposofische geneeskunde al sprake is van integratie met de reguliere zorg; het leek hem tevens gewenst het item natuurgeneeskunde in te perken, bijvoorbeeld tot: natuurgeneeskunde zoals gepraktiseerd door genezers opgeleid aan een van de drie bekende opleidingsinstituten: Bloemendaal, Hilversum en Meppel.

KWALITEITSEISEN AAN DEELNEMERS

Alternatieve genezers

1. Alternatieve + reguliere opleiding (arts)
2. Alternatieve + reguliere opleiding (fysioth.)
3. Alternatieve + reguliere opleiding (div.)
4. Alleen alternatieve opleiding vereist

1. Lidmaatschap AAG
2. Lidmaatschap LONG
3. Lidmaatschap NOVAG
4. Lidmaatschap overige beroepsorganisaties (niet bij een koepel aangesloten)

	AAG	LONG	LOPAG	NOVAG	LHV	NHG	KLOZ	VNZ	MVC	FRZ	CAG
1.	*		*	*	*	*	*				*
2.	* ¹		*			*	*	*			*
3.	* ¹		*			*	*	*			*
4.	* ¹	* ²	* ²	* ²			* ²	* ²	* ²	* ²	* ²
	*	*	*	*	*		*	*			*
				*							
			*								
		*	*								

Huisartsen

1. Kennis/inzicht van alternatieve geneeswijzen
2. Positieve attitude t.o.v. alternatieve geneesw.
3. Geen specifieke eisen

	AAG	LONG	LOPAG	NOVAG	LHV	NHG	KLOZ	VNZ	MVC	FRZ	CAG
1.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3.											

*¹ mits onder supervisie arts

*² onder specifieke voorwaarden/kwaliteiten

*³ niet zozeer positieve attitude alswel bereidheid tot samenwerken gewenst

☒ haalbaar, wenselijk

☐ ±, ?

☐ niet haalbaar/wenselijk

☐ niet ingevuld

Alle deelnemers aan de conferentie waren het er over eens dat alternatieve artsen voor samenwerking in aanmerking komen, evenals alternatieve paramedici. De AAG tekent bij deze laatste categorie aan dat zij slechts onder supervisie van een arts zouden moeten werken; daarbij moet de verantwoordelijkheid voor de behandeling geregeld zijn.

Het NHG was tegen deelname van alternatieve genezers die niet tevens een (para)medische opleiding hebben gevolgd.

De overige deelnemers zouden diegenen willen toelaten die uitsluitend een alternatieve opleiding hebben gevolgd, mits deze een vol-

doende, brede basis biedt zoals, voor natuurgeneeskunde, die te Bloemendaal, Hilversum en Meppel.

Het lidmaatschap van een beroepsorganisatie werd wenselijk geacht. De heer Lankester tekende overigens aan het lidmaatschap op zich nog geen garantie te achten voor kwaliteit; NOVAG en LONG verklaarden ook niet automatisch al hun indirecte leden geschikt te achten voor deelname. Het LOPAG wees er op dat er goede hulpverleners zijn die zich niet georganiseerd hebben, of die zijn aangesloten bij een vereniging die geen deel uitmaakt van een koepelorganisatie.

Van de huisartsen zou tenminste een positieve houding ten opzichte van de alternatieve geneeswijzen moeten worden verlangd.

Tot zover werd op de conferentie overeenstemming bereikt over de volgende aspecten van samenwerkingsverbanden van huisartsen en alternatieve genezers:

1. De samenwerking zou zich vooral moeten richten op het verbeteren van de communicatie, het afstemmen van de zorg en het tegengaan van tegenstrijdige interventies.
2. Er moet onderzoek plaatsvinden naar de satisfactie van patiënten.
3. De huisarts is in beginsel verwijzer, indien hij geen verwijzer is dient de alternatieve genezer, in het kader van dit (deze) samenwerkingsexperiment(en) en gelet op de centrale positie van de huisarts, contact op te nemen met de huisarts.
4. De alternatieve genezer moet een eigen praktijk voeren, hetzij zelfstandig, hetzij in een gezondheidscentrum.
5. Acupunctuur, homeopathie, manuele therapie en natuurgeneeskunde (onder voorwaarden) zijn de meest in aanmerking komende geneeswijzen.
6. Er zullen, naast eventueel een (para)medische vooropleiding, eisen gesteld worden aan de alternatieve opleiding die de deelnemers gevolgd moeten hebben.
7. Deelnemers zullen lid moeten zijn van een beroepsorganisatie.
8. Van deelnemende huisartsen wordt een positieve attitude verwacht.

Het NIVEL zal bij de gezondheidscentra de bereidheid en de mogelijkheden tot huisvesting van alternatieve genezers inventariseren. Tevens zal het NIVEL nader onderzoek verrichten naar de financiering van de samenwerkingsexperimenten en in samenhang daarmee naar de schaalgrootte. Ook zullen voor de volgende conferentie de kwaliteitseisen voor wat betreft de alternatieve opleiding worden uitgewerkt.

VERSLAG TWEEDE CONFERENTIE

Conferentie Samenwerking Reguliere en Alternatieve Genezers, NIVEL,
21 april 1988

Deelnemers:

Mw. E. Best, Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen
Mw. J. Engering, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Mw. Van der Kant, Kontaktorgaan van Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars
Dhr. M. Lankester, Samenwerkende Ziekenfondsen Friesland
Dhr. A. van de Marel, Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen
Dhr. W. Roelink, Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de NRV
Dhr. L. Rondel, Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen
Dhr. R. Schooleman, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
Dhr. C. Schreurs, Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen
Dhr. T. Sypkens, Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers
Dhr. W. Verdenius, Landelijke Huisartsen Vereniging

alsmede

Prof. dr. J.C. van Es (voorzitter conferentie)

Dhr. P. Kuindersma, NIVEL

Dhr. G.J. Visser

verhinderd waren de vertegenwoordigers van:
het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap), evenals
mw. J.M. Bensing, en dhr. L. Peters (NIVEL).

Onderwerpen:

1. Opening en kennismaking
2. Verslag conferentie d.d. 6 februari 1988
3. Uitslag enquête gezondheidscentra
4. Opleidingseisen alternatieve genezers
5. Financiële aspecten
6. Juridische aspecten
7. Globale opzet experimentele samenwerkingsverbanden
8. Rondvraag en sluiting

1. Opening en kennismaking

2. Verslag conferentie d.d. 6 februari 1988

Met vertegenwoordigers van LHV en KLOZ zijn na de eerste conferentie interviews gehouden. Het oordeel van deze organisaties kon alsnog in de tabellen verwerkt worden. Weergave van de verschillende argumenten en overwegingen is achterwege gebleven, daar deze veelal reeds door de deelnemers waren verwoord.

Het LONG meldt dat haar achterban niet akkoord gaat met hetgeen was overeengekomen betreffende de positie van de huisarts.

De voorzitter informeert of de bezwaren de verplichting behelsen, contact op te nemen met de huisarts. Het LONG bevestigt dit, en wijst tevens op bezwaren tegen de term 'in beginsel', waaruit reeds een bepaalde visie spreekt.

De VNZ merkt naar aanleiding van het punt 'onderzoek naar het consumptiepatroon' op, dat de VNZ thans over de resultaten van een eigen studie beschikt. Het gebruik van alternatieve geneeswijzen blijkt additief te zijn, er is geen substitutie-effect. In de eerstvolgende editie van 'Inzet' zal het onderzoek gepubliceerd worden.

De heer Van Es vraagt of de verslagen van de conferenties, mits geaccordeerd, als bijlage in het onderzoeksrapport mogen worden opgenomen. De deelnemers hebben hiertegen geen bezwaar.

3. Uitslag enquête gezondheidscentra

De heer Kuindersma licht de voorlopige uitslag toe: de respons, zonder rappel, bedraagt thans ongeveer 75 (50%). Van deze 75 centra bieden er ± 35 reeds één of meer alternatieve geneeswijzen aan; ± 25 centra zouden in principe bereid zijn een experiment in overweging te nemen, van deze 25 beschikken er ± 15 over geschikte praktijkruimte.

Uit een overzicht blijkt dat er vooral manueel therapeuten, acupuncturisten en homeopathen (vrijwel allen arts of fysiotherapeut) in de centra werkzaam zijn; de centra hebben in geval van experimentele samenwerking voorkeur voor met name acupunctuur en homeopathie, uitgevoerd door arts of fysiotherapeut.

De VNZ vraagt een nadere specificatie van de door de centra gestelde eisen aan (para)medische en alternatieve opleidingen van de alternatieve genezers.

Enkele organisaties stellen voor, de in het overzicht voorkomende geneeswijzen haptonomie, cesar- en hypnotherapie buiten beschouwing

te laten; deze zijn niet alle alternatief en vallen overigens buiten de voor experimenten reeds geselecteerde geneeswijzen. De onderzoeker zegt toe het overzicht te zullen aanpassen.

4. Opleidingseisen alternatieve genezers *

Voor de in aanmerking komende geneeswijzen is een selectie van de bekendste opleidingen gemaakt. Niet alle deelnemende organisaties zijn echter, om verschillende hen moverende redenen, nu reeds in staat een uitspraak over deze opleidingen te doen. Algemeen is het oordeel dat in deze vooral de aanwezige organisaties voor alternatieve geneeswijzen zich moeten uitspreken.

LOPAG, LONG, AAG en NOVAG stellen dan, soms in overleg met andere deelnemers, de navolgende lijst van opleidingen vast waaraan potentiële deelnemers in principe voldaan zouden moeten hebben. Gewezen werd daarbij op andere belangrijke eisen als lidmaatschap van een beroepsorganisatie en ervaring; en op het feit dat er soms pas enkele

* Voorstel tekswijziging door het LONG:

"Voor de in aanmerking komende geneeswijze is een selectie van de bekendste opleidingen gemaakt. De deelnemende organisaties zijn echter, om verschillende hen moverende redenen, nu niet in staat een uitspraak over deze opleidingen te geven.

LOPAG, LONG, AAG en NOVAG stellen dan, soms in overleg met andere deelnemers, de navolgende lijst van opleidingen vast, waaraan geen consequenties kunnen worden verbonden.

Gewezen werd op andere belangrijke eisen als lidmaatschap van een beroepsorganisatie en ervaring; en op het feit dat er soms pas enkele jaren een beroepsopleiding voorhanden is, terwijl in het betreffende veld reeds tientallen jaren genezers werkzaam zijn.

Aan de door de onderzoeker opgestelde lijst werden enkele opleidingen toegevoegd, andere opleidingen daarentegen verdwenen. Het argument daarbij was veelal dat het betreffende opleidingsprogramma nog onvoldoende bekend was, dat de opleiding pas onlangs van start was gegaan en nog geen afgestudeerden had opgeleverd, of dat bijvoorbeeld studenten veelvuldig klachten over een opleiding uiteten.

Er is een overzicht samengesteld van opleidingen die vooralsnog in het kader van de experimenten bij geen der deelnemers op voornoemde bezwaren stuiten."

1e jaren een beroepsopleiding voorhanden is, terwijl in het betreffende veld reeds tientallen jaren genezers werkzaam zijn.

Aan de door de onderzoeker opgestelde lijst werden enkele opleidingen toegevoegd, andere opleidingen daarentegen verdwenen. Het argument daarbij was veelal dat het betreffende opleidingsprogramma nog onvoldoende bekend was, dat de opleiding pas onlangs van start was gegaan en nog geen afgestudeerden had opgeleverd, of dat bijvoorbeeld studenten veelvuldig klachten over een opleiding uitten.

Uiteindelijk kon zo een overzicht worden samengesteld van opleidingen die, vooralsnog en het kader van de experimenten, bij geen van de deelnemers op een veto stuitten:

Acupunctuur:

cf. NAAS

cf. NAAV

cf. NVVF

Hwa To

Nei Tsjing

NBSAM

Anglo-Dutch

NCN Hilversum

Homeopathie:

VHAN

N.C.N., Hilversum

A.N.H., Bloemendaal

A.N., Meppel

Manuele geneeskundige/therapie - chiropractie:

cf. Nederlandse Associatie Chiropraktoren

S.M.O., Eindhoven

O.O.M., Wassenaar

N.A.O.G., Delft

S.M.T., Utrecht

S.O.M.T., Eindhoven

Natuurgeneeskunde/therapie:

cf. ABNG

A.N., Meppel

A.N.H., Bloemendaal

N.C.N., Hilversum

6. Juridische aspecten *

Naar aanleiding van het verslag van het telefoongesprek met professor Van der Mijn, wordt geconcludeerd dat alternatieve artsen in principe voor een experiment in aanmerking komen. Voor een oordeel over de mogelijke deelname van niet-artsen is nog te weinig bekend. Gesuggereerd werd een behandel-overeenkomst tussen huisarts en patiënt te ontwerpen naar analogie van de informed consent regel in het geneesmiddelenonderzoek, om op die wijze de arts te vrijwaren van het risico dat de patiënt hem aansprakelijk stelt voor schade veroorzaakt door de alternatieve behandeling.

Besloten wordt, een aantal vragen te formuleren en deze voor te leggen aan bijvoorbeeld KNMG, de Geneeskundige Hoofdinspectie en aan de voorzitter van het Medisch Tuchtcollege.

7. Globale opzet

In het algemeen zijn de deelnemers aan de conferentie van oordeel dat het zinvol is, de voorliggende plannen verder uit te werken tot concrete onderzoeksvoorstellen. Naast enige opmerkingen betreffende (de redactie van) bepaalde delen van de tekst, brengen de deelnemers een aantal belangrijke aandachtspunten naar voren. Zo dient naast de juridische verantwoordelijkheid (zie vorige agendapunt) bijvoorbeeld ook de bereikbaarheid goed geregeld te worden: tot wie kan de patiënt zich 's nachts of in het weekend wenden?

Besloten wordt dat bij die patiënten die niet instemmen, zoals thans de opzet luidt, met contacten tussen genezer en huisarts, in ieder geval onderzoek naar de motieven zal worden gedaan. Daarbij wordt

* Voorstel tekstwijziging door het LONG:

"Voor een oordeel over de juridische consequenties voor deelname van niet-artsen is nog te weinig bekend.

Gesuggereerd wordt een behandelovereenkomst tussen alternatieve genezer en patiënt te onderwerpen naar analogie van de informed consent regel in het geneesmiddelenonderzoek, om op die wijze de arts te vrijwaren van de schade veroorzaakt door de behandeling van de alternatieve genezer.

Besloten wordt hieromtrent een aantal vragen te formuleren en deze voor te leggen aan bijvoorbeeld KNMG, de Geneeskundige Hoofdinspectie en aan de voorzitter van het Medisch Tuchtcollege."

opgemerkt dat deze voorgenomen opzet uitsluitend de voorgestelde experimenten betreft; er mag geen blauwdruk voor de toekomstige inrichting van de gehele (alternatieve) gezondheidszorg uit worden afgeleid.

8. Financiële aspecten

Eventuele uitbreiding van het aanvullend verzekeringspakket, in het kader van de experimenten, zal eerst te zijner tijd aan de hand van een concreet onderzoeksvoorstel met in aanmerkingen komende ziektenfondsen besproken kunnen worden. Opname/uitbreiding in de hoofdverzekering moet vooralsnog worden uitgesloten. WVC zal in geen geval bijdragen in de kosten van hulpverlening. Aanvragen voor subsidie voor onderzoek dienen langs de gebruikelijke weg te worden ingediend.

9. Rondvraag en sluiting

De voorzitter noemt als voornaamste resultaat, dat de globale richting van het onderzoek wordt geaccordeerd. Het eindresultaat zal binnenkort door het NIVEL worden gepubliceerd, na aan de begeleidingscommissie voorgelegd te zijn. Overwogen zou kunnen worden de deelnemers aan deze conferentie middels een symposion te informeren.

BIJLAGE 5 : vergoeding per ziekenfonds van alternatieve geneeswijzen via de aanvullende verzekering; al-dan-niet gewenst achten van samenwerkingsexperimenten; bereidheid tot medewerking aan experimenten.

Experiment	Guest	Experiment	Guest
IRISCOPE			
PROCTOLOGIE			
FLEBOLOGIE			
PHARMACOLOGIE			
CEL THERAPIE			
ENZYMOTHERAPIE			
NEURAL THERAPIE			
PHYTOPH. THERAPIE			
NATURGEGENSTÄNDE			
PODO-ORTHOPEDILOGIE			
CHIROPRACIE			
MAN. THER. (EINDHOVEN)			
MAN. THER. (UITRECHT)			
MAN. THER. (SICKESZ)			
ANTHR. THER.			
ANTHR. GEN.			
HOMEOPATHIE			
LASER-ACU.			
ELECTRO-ACU.			
ODR-ACU.			
ACU-PRESSUUR			
ACUPUNCTUUR			

● per 1 nov. '87 ○ per 1 juli '88

* ja

BIJLAGE 6: UITSLAG ENQUÊTE GEZONDHEIDSCENTRA (per 06-05-88)

Verzonden: 148 enquêteformulieren
aan 62 dienstverbandcentra
en 86 overige centra

Reacties ontvangen

van 88 centra (respons 59%)
waarvan 37 dienstverbandcentra
en 49 overige centra
en 2 onbekend

Resultaten

Reeds alternatieve geneeswijzen aanwezig

in 38 centra (43%)
waarvan 15 dienstverbandcentra
en 23 overige centra

42 centra kennen geen a.g.
8 x werd de vraag niet beantwoord

Principebereidheid tot samenwerken in kader van experiment

bij 30 centra (34%)
waarvan 18 dienstverbandcentra
en 12 overige centra

Daarbij is eventueel praktijkruimte beschikbaar

in 15 centra
waarvan 9 dienstverbandcentra
en 6 overige centra

Aantal alternatieve genezers, werkzaam in de 38 gezondheidscentra:

geneeswijze	totaal	arts	fysio	arts/ fysio	anders	niet ingevuld
acupunctuur	29	10	17	-	-	2
homeopathie	13	11	--	-	-	2
manuele	30	--	29	1	-	-
overigen*	1	--	--	-	-	1
totaal	73	21	46	1	1	4

* 1 x kruidengeneeskundige

Voorkeur voor alternatieve genezers onder de 30 gezondheidscentra die in principe bereid zijn in kader experiment samen te werken:

geneeswijze	totaal	arts	fysio	arts/ fysio	anders	niet ingevuld
acupunctuur	13	1	2	3	1	6
homeopathie	16	12	-	-	-	4
manuele	9	--	5	4	-	-
overigen*	2	1	-	-	-	1
totaal	40	14	7	7	1	11

* 1 x paranormale arts
1 x niet gespecificeerd

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AAG	- Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen
ABNG	- Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurgeneeswijze
AN	- Academie voor Natuurgeneeskunde, Meppel
Anglo-Dutch	- Stichting The Anglo-Dutch College of Acupuncture
ANH	- Academie voor Natuurgeneeskunde Hippocrates, Bloemendaal
CAG	- Commissie Alternatieve Geneeswijzen (van de NRV)
Hwa To	- Hwa To Centrum, Tandheelkunde Rijksuniversiteit Groningen
KLOZ	- Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars
KNMG	- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
LHV	- Landelijke Huisartsen Vereniging
LONG	- Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen
LOPAG	- Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen
NAAS	- Nederlandse Artsen Acupunctuur Stichting
NAAV	- Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging
NAOG	- Nederlandse Academie voor Orthopedische Geneeskunde, Delft (Cyriax)
NBSAM	- Nederlands-Belgische Stichting voor Auricolo Medicinae
NCN	- Nederlands College voor Natuurgeneeskunde, Hilversum
NFPN	- Organisatie voor Paranormale Genezers, NFPN
NHG	- Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	- Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NOVAG	- Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers
NRV	- Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVA	- Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur
NVMT	- Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie
NVVF	- Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde Fysiotherapeuten
OOMI	- Opleiding Orthomanuele Geneeswijze, Wassenaar (Sickesz)
SMD	- Stichting Manuele Geneeskunde, Eindhoven

SMT	- Stichting School voor Manuele Therapie, Utrecht
SOMT	- Stichting Opleiding Manuele Therapie, Eindhoven
VHAN	- Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland
VNT	- Vereniging Natuurgeneeskundige Therapeuten
VNZ	- Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
WVC	- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

