

NIV 2 (a)

Haalbaarheidsonderzoek substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen

Rapportage

G.J. Visser
L. Peters

september 1991



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)
Postbus 1568 3500 BN Utrecht
Tel. 030-319946

5.2.2. Volgorde van de projecten	79
5.3. Conclusie	80
6. ORGANISATIE EN COÖRDINATIE VAN HET SUBSTITUTIE- ONDERZOEK	83
6.1. Kenmerken van het programma	83
6.2. Taken van een coördinatiepunt	84
6.3. Mogelijke organisatievormen	85
6.4. Coördinatie van substitutie-onderzoek	86
6.5. De kosten van uitvoering en coördinatie van het programma	88
7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	91
7.1. Conclusies	91
7.2. Aanbevelingen	94
LITERATUUR	99
BIJLAGE: interviews met sleutelfiguren	105

Inleiding

Het gebruik van alternatieve geneeswijzen is in de laatste jaren aanzienlijk gestegen. Volgens gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek bezocht in 1990 5,9% van de Nederlandse bevolking één of meer alternatieve therapeuten die niet de eigen huisarts was en raadpleegde 15,7% een alternatieve therapeut als ook de eigen huisarts wordt meegerekend. In 1985 waren er, volgens een rapport van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 4100 georganiseerde alternatieve therapeuten, van wie 2500 arts of fysiotherapeut en 1600 zonder een reguliere opleiding.

Het toegenomen gebruik van alternatieve geneeswijzen roept de vraag op wat daarvan de gevolgen zijn voor de gezondheidszorg: wenden de mensen die een bezoek brengen aan een alternatieve therapeut zich af van de reguliere zorg en maken zij minder gebruik van de diensten van de reguliere huisarts, fysiotherapeut en medisch specialist of zoeken zij alternatieve hulp als een aanvulling op de reguliere zorg? Of, in meer financiële termen gesteld: maakt het gebruik van alternatieve geneeswijzen de gezondheidszorg als geheel goedkoper, blijven de kosten gelijk of leidt de toenemende vraag alleen maar tot een (nog) duurdere zorg?

In dit rapport worden de mogelijkheden nagegaan om door middel van wetenschappelijk onderzoek de vraag te beantwoorden of (het gebruik van) alternatieve geneeswijzen een substituerend effect heeft op (het gebruik van) reguliere gezondheidszorgvoorzieningen. Daarnaast wordt aangegeven op welke wijze en onder welke voorwaarden het benodigde onderzoek uitgevoerd zou moeten worden.

De opbouw van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 1 wordt het doel van het project beschreven, alsmede de voorgeschiedenis en de gehanteerde methoden. In hoofdstuk 2 wordt een schets gegeven van de positie van de alternatieve geneeswijzen in de Nederlandse gezondheidszorg, mede op basis van de resultaten van op dit terrein verricht onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt het begrip 'substitutie' omschreven en wordt aangegeven welke aspecten van belang zijn bij substitutie-onderzoek rond alternatieve geneeswijzen. In hoofdstuk 4 wordt een overzicht gegeven van recent Nederlands onderzoek op het gebied van alternatieve geneeswijzen. In hoofdstuk 5 wordt een achttal onderzoeksvoorstellen uitgewerkt. Hoofdstuk 6 gaat in op de organisatie en de coördinatie van het op te zetten substitutie-onderzoek en op de kosten van uitvoering van het programma. Hoofdstuk 7, tenslotte, geeft enkele aanbevelingen en conclusies.

Dit project is uitgevoerd in opdracht en met subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De interviews met 'sleutelfiguren' uit het veld werden afgenomen door drs. J. Dronkers.

Een eerdere versie van dit rapport is besproken in een begeleidingscommissie, waarin de volgende personen en organisaties zitting hadden:

- prof.dr. L.J. Menges (voorzitter)
- Th.M.G. van Berkestijn, arts (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst)
- L. Beukman, arts (Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen)
- H. Bredenoord (Landelijk Patiënten/Consumenten Platform)
- drs. J.W.M. Collaris (Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars)
- mw.mr. C.A. van Garderen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid)
- mw. M.A. Goppel (Gezondheidsraad)
- mr. A.A. Hamelink (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur)
- J.W. Hoorn (Centrum Geïntegreerde Geneeskunde, Winterswijk)
- mw.mr. M.E. Kroes (Ziekenfondsraad)
- M. Lankester, arts
- L. Rondèl (Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers en Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen)
- mr. Th.M.J. Roos (Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars/OHRA)
- dr. H.S. Verbrugh (Erasmus Universiteit Rotterdam)
- dr. P.F.M. Verhaak (Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg)

Allen die, op welke manier dan ook, hun medewerking aan dit project hebben willen geven, is veel dank verschuldigd.

1. VOORGESCHIEDENIS, DOEL- EN VRAAGSTELLING EN METHODE

1.1. Voorgeschiedenis

De voorgeschiedenis van dit project begon in 1984, toen de toenmalige staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Van der Reijden, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid verzocht om, in overleg met de Ziekenfondsraad, duidelijkheid te verschaffen over de vraag 'of het opnemen van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket aanleiding zou geven tot meerkosten, dan wel dat sprake zou kunnen zijn van gelijkblijvende kosten, respectievelijk van een verlaging van kosten als gevolg van het optreden van substitutie-effecten'. Hoewel de uitkomsten van invloed zouden kunnen zijn op de beslissing om alternatieve geneeswijzen al dan niet op te nemen in het ziekenfondspakket, werd dergelijk onderzoek ook los daarvan relevant geacht, niet alleen door de staatssecretaris, maar ook door leden van de Tweede Kamer. In 1985 antwoordde de Nationale Raad dat beantwoording van de vraag nog niet mogelijk was, gezien de vele methodologische problemen die aan het onderzoek van de vraagstelling waren verbonden. Bovendien was de Raad van mening dat over deze problematiek in eerste instantie door de Ziekenfondsraad geadviseerd zou moeten worden, omdat een en ander een wijziging van het ziekenfondspakket zou kunnen inhouden. De Staatssecretaris was het daarmee niet eens. Per brief van 30 oktober 1985 memoreerde hij aan het bestaan, binnen de Raad, van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen en benadrukte hij nogmaals dat 'de wens leeft om (...) duidelijkheid te krijgen over de vraag of al dan niet sprake zou kunnen zijn van substitutie-effecten'. Een eventuele advisering van de Ziekenfondsraad over verstrekkingstechnische aspecten zou in het bijzonder afhankelijk kunnen zijn van de uitkomsten van het bedoelde onderzoek. In dezelfde brief refereerde de Staatssecretaris ook aan zijn eerdere verzoek aan de Nationale Raad, gedaan in 1983, om, eveneens in overleg met de Ziekenfondsraad, de verzekeringsmogelijkheden op het gebied van de alternatieve geneeswijzen te inventariseren. Het verzoek tot die studie werd ingegeven door het feit dat de particuliere ziektekostenverzekeraars (toen al) in toenemende mate de kosten van een alternatieve behandeling (aanvullend) verzekerden. Bovendien werd een terughoudend beleid ten aanzien van de collectieve lasten noodzakelijk geacht.

Overleg tussen de voorzitters en de algemeen secretarissen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad resulteerde in een opdracht aan de secretariaten van beide adviesorganen om een procedure-

voorstel voor een onderzoek naar substitutie-effecten/verzekerbareid van alternatieve geneeswijzen op te stellen, waarmee dus beide elementen 'substitutie-effecten' en 'verzekerbareid' aan elkaar werden geknoopt. In dat voorstel wordt het weinig gelukkig genoemd om een besluit over opname van alternatieve geneeswijzen in de ziektekostenverzekeringen te nemen voordat inzicht zou bestaan in de effectiviteit (!), de substitutie-effecten en de verzekerbareid van deze geneeswijzen. Aanbevolen werd om in enkele regio's een klein proefonderzoek te doen naar de substitutie-effecten en naar de verzekerbareid van alternatieve geneeswijzen, waarbij ook 'rekening (moest) worden gehouden met de, op basis van de daartoe door de Gezondheidsraad ontwikkelde modellen, te onderzoeken effectiviteit van de diverse alternatieve geneeswijzen'. In een haalbaarheidsonderzoek zou moeten worden nagegaan of een dergelijk proefonderzoek mogelijk zou zijn en met welke vraagstelling, op welke manier en door wie dat zou moeten worden uitgevoerd. Dat haalbaarheidsonderzoek werd vervolgens uitgevoerd door een werkgroep, ingesteld door de secretariaten van de beide adviesorganen. Het resultaat werd in 1987 uitgebracht als 'Voorstudie inzake de mogelijkheid van een onderzoek naar de substitutie-effecten en de verzekerbareid van alternatieve geneeswijzen'.

In de voorstudie wordt beargumenteerd dat één groot onderzoek naar de substitutie-effecten en verzekerbareid van alternatieve geneeswijzen niet mogelijk is. Te veel complicerende factoren spelen een rol, die elkaar bovendien op niet goed vast te stellen manier onderling beïnvloeden. Via het uitvoeren van een aantal deelstudies zouden echter voor het beleid relevante gegevens verzameld kunnen worden. Deze studies zouden onafhankelijk van elkaar en gelijktijdig uitgevoerd kunnen worden, maar dan zou bij voorkeur een coördinatiepunt moeten worden ingesteld om, onder meer, een alomvattend kader te ontwikkelen en de verschillende deelstudies op elkaar af te stemmen.

Als mogelijke deelstudies werden genoemd:

- literatuuronderzoek;
- onderzoek naar verzekeringsbeleids- en verzekeringstechnische vragen;
- een patiëntenenquête onder niet voor alternatieve geneeswijzen verzekerden;
- een patiëntenenquête onder aanvullend en particulier verzekerden;
- vergelijkend onderzoek onder alternatief en regulier werkende ziekenfondsmedewerkers;
- onderzoek onder chronisch zieken;
- een longitudinale studie onder gebruikers van alternatieve geneeswijzen;
- het opzetten van een experiment van samenwerking van reguliere en alternatieve genezers.

In 1988 werd de voorstudie door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad aan de toenmalige staatssecretaris Dees aangeboden. In het betreffende advies maakt de Nationale Raad een aantal kanttekeningen (NRV, 1988). Aanbevolen wordt allereerst de verschillende deelstudies in eerste instantie te richten op slechts drie geneeswijzen, die overzichtelijk georganiseerd en daardoor redelijk goed afgrensbaar zijn en waarvan de beoefenaren een reguliere beroepsopleiding in de gezondheidszorg hebben gevolgd: homeopathie, acupunctuur en manuele geneeswijze. Voorts ondersteunt de Raad het gegeven dat in de voorstudie meer de nadruk wordt gelegd op de op het financiële vlak gelegen substitutie-effecten dan op de verzekeraarbaarheid. Bij het bepalen van de manier waarop alternatieve geneeswijzen binnen de ziektekostenverzekeringen moeten worden verzekerd, spelen aspecten als de kwaliteit van de geboden alternatieve hulpverlening en de satisfactie van patiënten een belangrijke rol. Deze aspecten zijn volgens de Raad dan ook terecht in de voorgestelde deelstudies opgenomen. Het aspect 'effectiviteit' behoort, volgens het advies, niet tot de competentie van de Nationale Raad, maar tot die van de Gezondheidsraad. Tenslotte ondersteunt de Raad de gedachte van een op te zetten coördinatiepunt, dat het coördineren van de verschillende deelstudies tot taak zou moeten hebben. Het punt zou uit een in omvang beperkte 'vaste kern' moeten bestaan, onder te brengen bij een reeds bestaande en bij de zaak betrokken organisatie. In dat verband gaat de voorkeur van de Raad uit naar het Ministerie van WVC.

In een reactie op de voorstudie noemde de Staatssecretaris, bij brief van 28 oktober 1988, 'het verkrijgen van duidelijkheid over het wel of niet optreden van substitutie-effecten nog steeds gewenst'. Ook onderschreef hij de conclusie dat de materie zich niet leent voor één alomvattend onderzoek, maar in een aantal deelstudies onderzocht zou moeten worden. Echter, alvorens tot concreet onderzoek over te gaan zouden eerst de inhoud en de kosten van die deelstudies nader uitgewerkt moeten worden. Daarbij zou erop gelet moeten worden dat de deelstudies goed op elkaar zouden zijn afgestemd en de voor het beleid relevante aspecten zouden bevatten; overlap en lacunes zouden voorkomen moeten worden. Ook het voorstel om de begeleiding en de coördinatie van de deelstudies vanuit één punt te doen plaatsvinden, werd onderschreven, zij het dat over de taken en vormgeving van een dergelijk 'coördinatiepunt' nog moest worden nagedacht.

Als een vervolg op deze reactie en op verzoek van de inmiddels binnen het Ministerie gevormde 'Kerngroep alternatieve geneeswijzen' (waarin ambtenaren van verschillende afdelingen zitting hadden) werd het Nederlands

instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) in 1988 gevraagd om de aanbevelingen van de Nationale Raad en de Ziekenfondsraad conform de reactie van de Staatssecretaris uit te werken en te verduidelijken. Per brief van 20 december 1988 ging het Ministerie met het door het Nivel opgestelde projectvoorstel accoord. In het project zou, ten eerste, de probleemstelling beantwoord moeten worden of de vraag of alternatieve zorg substituerend werkt ten opzichte van reguliere zorg door middel van wetenschappelijk onderzoek is te beantwoorden en, zo ja, door middel van welk soort onderzoek en, ten tweede, welke programmering en coördinatie in dit verband moeten plaatsvinden om een optimale kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid van de projecten, afzonderlijk en in onderlinge samenhang, te bereiken.

1.2. Doelstelling, vraagstelling en methode

Doelstelling

Volgens het door het Nivel opgestelde onderzoeksvoorstel is het doel van het project 'de mogelijkheden na te gaan om door middel van wetenschappelijk onderzoek de vraag te beantwoorden of het gebruik van alternatieve geneeswijzen een substituerend effect heeft op het gebruik van reguliere gezondheidszorgvoorzieningen. Indien deze mogelijkheden aanwezig zijn, heeft het project tevens ten doel aan te geven op welke wijze en onder welke voorwaarden het benodigde onderzoek uitgevoerd zou moeten worden'.

Uit deze omschrijving blijkt dat voor onderzoek naar de verzekeraarbaarheid van alternatieve geneeswijzen, zoals dat nog wel voorkomt in de voorstudie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad, geen plaats meer is. Daarvoor zijn enkele argumenten aan te geven. Zo blijkt uit de voorgeschiedenis van het project dat beide elementen aanvankelijk los van elkaar stonden. In 1983 werd het inventariseren van de mogelijkheden alternatieve geneeswijzen te verzekeren, genoemd als een van de taken van de toen nog in te stellen Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Enige tijd later werd, los hiervan, de NRV gevraagd na te denken over de mogelijkheden van substitutieonderzoek. Pas later zijn de beide elementen aan elkaar gevoegd. Belangrijker echter dan dit formele argument, is het gegeven dat alternatieve geneeswijzen inmiddels door vrijwel alle ziekenfondsen uit de aanvullende verzekering worden vergoed. Ook alle particuliere ziektekostenverzekeraars vergoeden alternatieve behandelingen, hetzij uit de basisverzekering, hetzij eveneens uit een aanvullende verzekering. (Waarbij overigens wel moet worden opgemerkt dat de voorwaarden waaronder behandelingen worden vergoed - al dan niet door artsen uitgevoerd, alleen betrekking hebbend op

een aantal alternatieve geneeswijzen, gebonden aan maximum-uitkeringen en dergelijke - van verzekeraar tot verzekeraar verschillen). Onderzoek naar de verzekerbaarheid van alternatieve geneeswijzen als zodanig is daarmee in feite een achterhaalde zaak geworden.

Is de doelstelling van het project in zekere zin dus beperkter geworden dan oorspronkelijk de bedoeling was, aan de andere kant is ook sprake van een verruiming. Immers, in aansluiting op de gedachte in de voorstudie dat een alomvattend onderzoek naar substitutie-effecten niet mogelijk is, is sprake van het voorbereiden van een aantal deelstudies die gerelateerd zijn aan de vraag of het gebruik van alternatieve geneeswijzen substituerend werkt of niet, maar ook los van die specifieke vraagstelling voor het beleid relevante gegevens kunnen opleveren. Daarbij is, ondermeer, de groeiende belangstelling van de overheid en beroepsorganisaties voor het begrip 'kwaliteit van de zorg' van belang, zoals die blijkt uit de discussienota's van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, 1986) en uit de discussies die binnen de KNMG, en ook binnen de NOVAG, over dit onderwerp worden gevoerd. De verruiming van het onderzoek heeft tot gevolg dat wordt afgezien van het eerder genoemde 'kleine proefonderzoek in enkele regio's'. Uitvoering van de deelstudies op landelijke schaal levert immers generaliseerbare en beter te interpreteren resultaten op.

Vraagstelling

Bij de formulering van de vraagstellingen wordt ervan uitgegaan dat, ten eerste, beantwoording van de vraag of alternatieve zorg substituerend werkt ten opzichte van reguliere zorg gewenst is; dat, ten tweede, deze vraag niet op basis van één enkel onderzoek beantwoord kan worden, zoals blijkt uit de voorstudie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad; en dat, ten derde, er nog onvoldoende duidelijkheid bestaat in hoeverre de in deze voorstudie voorgestelde deelstudies financieel en wetenschappelijk haalbaar en de verwachte resultaten beleidsmatig en maatschappelijk relevant zijn. Met het oog hierop luidt de eerste vraagstelling:

Is de vraag of alternatieve zorg substituerend werkt ten opzichte van reguliere zorg door middel van wetenschappelijk onderzoek te beantwoorden? Welke onderzoeken zijn nodig en mogelijk ter beantwoording van deze vraag?

Daarbij is het van belang om vast te stellen wat onder substitutie van reguliere door alternatieve zorg verstaan moet worden, welke vragen door onderzoek naar mogelijke substitutie-effecten beantwoord moeten worden en welke aspecten daarbij van belang zijn.

Op grond van deze beschouwing worden, met inachtneming van de resultaten van reeds verricht onderzoek, de hoofdlijnen van het benodigde onderzoek uiteen gezet. Vervolgens worden voorstellen voor (deel)onderzoeken uitgewerkt, waarbij telkens wordt aangegeven welke vraagstelling beantwoord wordt, op welke wijze dat gebeurt en op welke geneeswijzen, therapeuten en patiëntenpopulatie het onderzoek betrekking heeft. Tevens worden de geschatte looptijd en de geschatte kosten aangegeven.

De tweede vraagstelling luidt:

Welke programmering en coördinatie dient plaats te vinden om te bewerkstelligen dat de te verrichten onderzoeken zowel afzonderlijk als te zamen voldoen aan hoge eisen van kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid?

Coördinatie is noodzakelijk, zowel om lacunes en doublures in het onderzoek te voorkomen, als om de resultaten van het onderzoek met elkaar in verband te brengen en aan te geven wat de beleidsrelevantie van de resultaten is. Nagegaan wordt welke taken uitgevoerd moeten worden voor de realisering van het onderzoeksprogramma. Daarbij is het de vraag of het aanbeveling verdient een eventueel in te stellen coördinatiepunt of stuurgroep een bredere taak toe te kennen dan alleen de coördinatie van het onderzoek rond het substitutie-vraagstuk.

Methodes

In het kader van dit onderzoek is een literatuurstudie verricht naar de plaats van alternatieve geneeswijzen in de Nederlandse gezondheidszorg (zie hoofdstuk 2). Vervolgens is een interviewronde gehouden onder een aantal sleutelfiguren in het veld van de alternatieve geneeswijzen. In de gesprekken kwam aan de orde:

- het begrip 'substitutie';
- bestaand onderzoek naar substitutie;
- mogelijk toekomstig onderzoek naar substitutie;
- medewerking van de eigen organisatie bij toekomstig onderzoek;
- geneeswijzen en therapeuten die bij het onderzoek betrokken zouden moeten worden;
- coördinatie van het onderzoek.

De volgende organisaties en personen verleenden hun medewerking aan deze interviewronde:

- Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen (L. Beukman, arts);
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (Th.J.M. Beyerinck, arts);
- Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars/OHRA

(mr. Th.M.J. Roos);

- Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen (L. Rondèl);
- Landelijke Huisartsen Vereniging (R.H. Oudkerk, arts);
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (prof.dr. L.J. Menges).
- Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers (P. Fokkens);
- Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (M.A.J.M. Bos, arts);
- Ziekenfondsraad (mw.mr. M.E. Kroes en mr. J.F.M. Aartsen);

Een overzicht van de gespreksthemata's en de verslagen van de gesprekken is te vinden in de bijlage.

Mede op grond van de resultaten van deze gesprekken is een eerste versie van het rapport geschreven en ter commentaar voorgelegd aan de leden van de begeleidingscommissie van het project (zie de inleiding). In het voorliggende rapport is dit commentaar verwerkt.

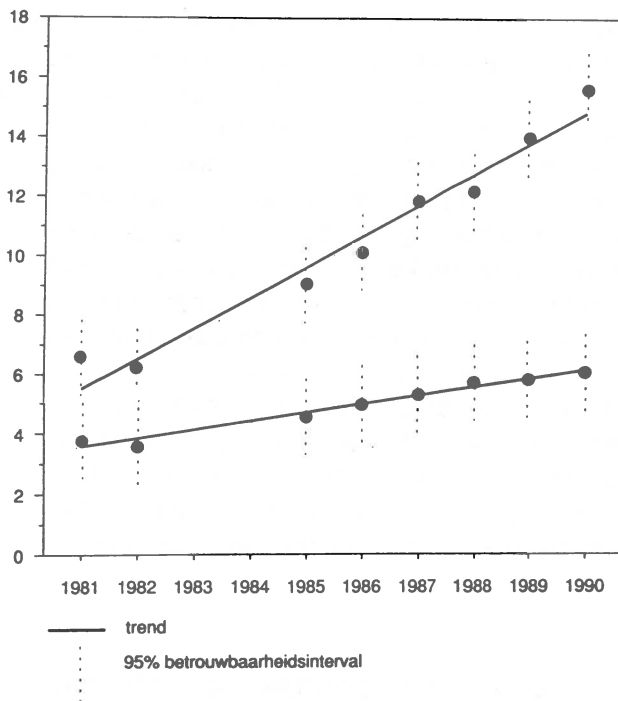
2. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN IN NEDERLAND

De term 'alternatieve geneeswijzen' bestrijkt een zeer omvangrijke groep heel verschillende geneeswijzen, variërend van acupunctuur tot urinetherapie (van Dijk, 1984). Afgezien van inhoudelijke overeenkomsten - alle alternatieve geneeswijzen zouden erop gericht zijn de patiënt te helpen zelf een eventueel verstoord evenwicht te hervinden (Aakster e.a., 1989) - hebben deze geneeswijzen in formele zin met elkaar gemeen dat ze niet aan een door de overheid erkende opleidingsinstelling worden onderwezen en dat er geen door de overheid erkend diploma in kan worden gehaald. In de praktische toepassing zijn de verschillen groot. Sommige worden voor het merendeel toegepast door alternatief werkende artsen en fysiotherapeuten, op ander terreinen zijn vrijwel uitsluitend niet-regulier opgeleiden actief. Sinds het verschijnen van het eindrapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (beter bekend als de Commissie Muntendam) in 1981 is het gebruikelijk binnen de alternatieve geneeswijzen zes hoofdstromingen te onderscheiden: acupunctuur, antroposofische geneeswijze, homeopathie, manuele geneeswijze, natuurgeneeswijze en paranormale geneeswijze (Alternatieve geneeswijzen in Nederland, 1981). In dit hoofdstuk worden enkele cijfers gepresenteerd over de vraag naar en het aanbod aan alternatieve geneeswijzen in Nederland.

2.1. De omvang van het gebruik van alternatieve geneeswijzen

Sinds het begin van de jaren tachtig - het moment van waaraf betrouwbare cijfers beschikbaar zijn - vertoont het gebruik van alternatieve geneeswijzen een constante stijging. Figuur 2.1 geeft een samenvattend beeld van de cijfers die zijn verzameld in het kader van de jaarlijkse gezondheidsenquêtes van het CBS onder een landelijke steekproef van Nederlanders. (Deze figuur is een compilatie van twee figuren die zijn overgenomen uit Swinkels, 1991).

Figuur 2.1 Percentage personen dat in 1 jaar contact had met een alternatieve therapeut, exclusief (onderste lijn) en inclusief (bovenste lijn) de eigen alternatief werkende huisarts; overgenomen uit Swinkels, 1991



De groei van het gebruik van alternatieve geneeswijzen is gematigd als het bezoek aan de eigen alternatief werkende huisarts buiten beschouwing wordt gelaten en sterk als dat wel wordt meegeteld. In het meest recente jaar waarover het CBS gepubliceerd heeft - 1990 - bezocht 5,9% van de onderzochte Nederlanders één of meer alternatieve therapeuten* die niet de eigen huisarts was en raadpleegde 15,7% één of meer alternatieve therapeuten indien ook de eigen alternatief werkende huisarts meegerekend wordt. CBS-cijfers over de aantallen contacten per jaar zijn beschikbaar over de periode 1985 tot en met 1987 (Van Sonsbeek, 1988). Uit deze cijfers komt

* Met alternatieve therapeuten worden in dit rapport alle hulpverleners bedoeld die alternatieve geneeswijzen toepassen, ongeacht hun (voor)opleiding.

naar voren dat niet alleen het percentage Nederlanders dat een alternatieve therapeut raadpleegt, stijgt maar ook het gemiddeld aantal contacten per raadpleger. In 1987 werd een alternatieve therapeut die niet de eigen huisarts was gemiddeld 8,5 keer bezocht (in 1985 was dat nog 6,3 keer) en de eigen alternatief werkende huisarts 5,7 keer (in 1985 4,7 keer). Op grond van deze cijfers komt het CBS tot de conclusie dat in 1987 12,6 miljoen contacten met alternatieve therapeuten plaatsvonden, waarvan bijna de helft (6,1 miljoen contacten) betrekking had op contacten met de eigen alternatief werkende huisarts. Opgemerkt wordt dat deze laatste contacten niet zonder meer op alternatieve zorg betrekking hoeven te hebben: de respondenten hebben namelijk alleen aangegeven of hun huisarts een aantal met naam genoemde alternatieve geneeswijzen toepast en of zij hun huisarts hebben bezocht, maar niet of tijdens dat bezoek alternatieve geneeswijzen ook daadwerkelijk werden toegepast. In de vermelde cijfers kan dus sprake zijn van een zekere overschatting. Omgekeerd is het niet uitgesloten dat sommige respondenten ten onrechte hebben aangegeven dat hun huisarts geen alternatieve geneeswijzen toepast (vergelijk het onderzoek van Visser, 1988) of alternatieve geneeswijzen niet als zodanig herkennen of etiketteren (bijvoorbeeld bij de prescriptie van homeopatische middelen).

Tabel 2.1. Het raadplegen van alternatieve therapeuten in 1987, in percentages van de onderzoekspopulatie; ontleend aan Van Sonsbeek, 1988

geneeswijzen	Personen die alternatieve therapeut (niet de eigen huisarts) hebben geraadpleegd (in percentages)	Personen die eigen alternatief werkende huisarts hebben geraadpleegd (in percentages)
Homeopathie	1,6	5,7
Acupunctuur	0,9	1,0
Natuurgeneeswijze	0,6	0,2
Manuele therapie	1)	0,2
Paranormale geneeswijze	1,4	1)
Antroposofische geneeswijze	1)	0,1
Overige	1,4	0,1
Totaal	5,2	7,3

1) Niet als zodanig aan de respondent voorgelegd

In tabel 2.1 staat het aandeel van de verschillende geneeswijzen in de 'alternatieve' consumptie. Ook deze gegevens zijn ontleend aan de gezondheidsenquête van het CBS en hebben betrekking op 1987 (Van Sonsbeek, 1988). Het aandeel van de homeopathie, de paranormale geneeswijze en de

acupunctuur is, blijktens deze cijfers, het grootst. Zou door het CBS ook expliciet zijn gevraagd naar bezoeken aan een manueel therapeut, dan zou ook deze geneeswijze zeker tot de 'top vier' hebben gehoord (Visser, 1988).

2.2. Kenmerken van gebruikers van alternatieve geneeswijzen

Demografische kenmerken

Het beeld van de bezoekers van alternatieve geneeswijzen zoals dat uit de verschillende onderzoeken naar voren komt is consistent. Meer vrouwen dan mannen bezoeken alternatieve therapeuten en meer personen in de leeftijds-groep 30-60 jaar dan jongeren of ouderen. Particulier verzekerden raadplegen alternatieve therapeuten iets vaker dan ziekenfondsverzekerden. Ook zijn personen met een hogere opleiding onder de bezoekers oververtegenwoordigd (Van Sonsbeek, 1988).

Regionale verschillen in het gebruik van alternatieve geneeswijzen zijn geconstateerd door Frenken op basis van over de jaren 1985-1988 samengevoegde gegevens uit de CBS-Gezondheidsenquêtes (Frenken, 1990). De significante verschillen (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) kunnen als volgt worden samengevat. In de provincies Utrecht en Noord-Holland is het percentage raadplegers, zowel in- als exclusief de eigen alternatief werkende huisarts, hoger dan het landelijk gemiddelde. In Zeeland geldt dat alleen inclusief de eigen alternatief werkende huisarts. Lagere percentages dan het landelijk gemiddelde werden aangetroffen in de provincies Overijssel en Limburg (beiden alleen inclusief de eigen huisarts), Zuid-Holland (alleen exclusief de eigen huisarts) en (van de vier grote steden) in Rotterdam en Den Haag (beiden alleen exclusief de eigen huisarts). De verschillen tussen de regio's zijn aanzienlijk. Zowel in- als exclusief de eigen alternatief werkende huisarts wordt in de ene regio door ruim twee keer zoveel personen een alternatief therapeut geraadpleegd als in de regio met de minste gebruikers.

Gezondheidstoestand

Uit de cijfers van het CBS blijkt dat onder mensen met een minder goede (ervaren) gezondheid het percentage bezoekers aan alternatieve therapeuten hoger ligt dan onder mensen met een goede gezondheid (in 1987: 12.0 tegenover 3.9). Datzelfde geldt voor mensen met twee of meer langdurige aandoeningen (13.5 tegenover 2.3 onder mensen zonder langdurige aandoeningen)(Van Sonsbeek, 1988). Ook in een onderzoek van het Nivel (Visser, 1988) bleken bezoekers hun eigen gezondheid significant minder goed te ervaren dan niet-bezoekers van gelijke leeftijd en gelijk geslacht en in grotere getale één of meer chronische ziekten te rapporteren. Los van de beschrij-

vende waarde van deze gegevens zijn de uitkomsten overigens nogal triviaal: de (ervaren) minder goede gezondheid en het hebben van langdurige aandoeningen zijn niet zo zeer determinanten van het raadplegen van alternatieve therapeuten als wel van het raadplegen van alle - alternatieve en reguliere - gezondheidszorgvoorzieningen.

Resumerend kan dan ook geconcludeerd worden dat de hiervoor besproken (achtergrond)kenmerken weinig licht werpen op de vraag welke mensen alternatieve therapeuten raadplegen. Op basis van een multivariate analyse waarin de achtergrondkenmerken leeftijd, geslacht, onderwijsniveau, verzekeringsvorm, algemene (ervaren) gezondheid en langdurige aandoeningen zijn betrokken, komt Van Sonsbeek (1983) tot de slotsom dat deze kenmerken samen slechts circa 4% van de variantie in het raadplegen van alternatieve therapeuten verklaren (de algemene gezondheidstoestand verklaart relatief nog het meest). Derhalve wordt geconcludeerd dat het gebruik van alternatieve geneeswijzen in alle groepen uit de samenleving voorkomt.

Het is niet uitgesloten dat bij gebruik van meer gedetailleerde gegevens over de gezondheidstoestand en in het bijzonder over de aard van langdurige aandoeningen (nu alleen ingedeeld in 'wel/niet') een grotere verklaringskracht wordt gevonden (zie Mechanic, 1979; Van der Zee, 1982). Daarnaast dient zich uiteraard de vraag aan welke andere persoonskenmerken het al dan niet raadplegen van alternatieve therapeuten (mede)verklaren.

Wat betreft het soort klachten waarmee patiënten een alternatieve therapeut bezoeken geeft het eerder genoemde Nivel-onderzoek het volgende beeld: klachten van het bewegingsapparaat vormen de grootste groep (bijna 40%; de belangrijkste klacht is rugpijn: 18%), gevolgd door klachten van het zenuwstelsel (14%; de belangrijkste klacht is hoofdpijn/migraine: 11%), klachten van psychische aard (10%) en maag- of darmproblemen (9%). Vooral onder bezoekers van manueel therapeuten nemen klachten van het bewegingsapparaat vanzelfsprekend een belangrijke plaats in; acupuncturisten en homeopaten worden voor een breed scala aan klachten bezocht (Visser, 1988).

In het onderzoek van het CBS zijn dezelfde klachten terug te vinden: rugklachten en andere klachten van het bewegingsapparaat (36% van alle opgegeven klachten), psychische klachten (13%), hoofdpijn en migraine (9%) en maag-, darm- en buikklachten (7%) worden ook daar het meest genoemd (Van Sonsbeek, 1988).

De meeste onderzoeken komen tot de conclusie dat bezoekers van alternatieve therapeuten al lange tijd last hebben van de klachten. In het onderzoek van het NIPG had 67% de klachten al langer dan één jaar, 20% zelfs tien

jaar of langer (Ooijendijk e.a., 1980). De door het Nivel onderzochte reuma-patiënten (Visser, 1989) waren gemiddeld elf jaar ziek. Bezoekers van alternatieve therapeuten onderscheidden zich op dat punt niet van de niet-bezoekers. Wel bleek het percentage patiënten dat een alternatieve therapeut bezoekt het hoogst te zijn onder patiënten die jonger waren dan 40 jaar en bij wie de ziekte korter dan 5 jaar geleden was vastgesteld (van deze groep had 50-56% in de afgelopen drie jaar een alternatieve therapeut bezocht, tegen 26% van alle ondervraagden). Ook Gray (1983) vond dat vooral patiënten die op jonge leeftijd worden geconfronteerd met snel verergerende klachten, geneigd zijn 'waar dan ook' hulp te zoeken.

2.3. Motieven voor een bezoek aan een alternatieve therapeut

Voor zover onderzoek is gedaan naar de motieven van patiënten om een alternatieve therapeut te bezoeken, wordt meestal uitgegaan van de door Aakster (1975) gemaakte, maar niet empirisch getoetste driedeling van 'gefrustreerden', 'principiëlen' en 'pragmatici'. In een aantal onderzoeken onder patiënten is de respondenten een aantal mogelijke motieven voor-gelegd die in de driedeling kunnen worden ingepast. In tabel 2.2 wordt een overzicht gegeven van de resultaten.

Door verschillen in vraagstelling zijn de resultaten van de verschillende onderzoeken niet direct met elkaar te vergelijken. (In de eerste vier onder-zoeken werd aan de respondenten een gesloten vraag voorgelegd met alleen de genoemde antwoordmogelijkheden; het onderzoek van het CBS kende een open vraagstelling). Bovendien is afwisselend over aantallen genoemde motieven en over respondenten gepercentageerd. (In alle gevallen gaven veel respondenten meer dan één reden of motief op). Toch kan uit de cijfers worden afgeleid dat pragmatische redenen en onvrede met de resultaten van de reguliere zorg - vaak in combinatie met elkaar - leiden tot het gebruik van alternatieve geneeswijzen; slechts een minderheid van 10 tot 20% noemt zich een overtuigd aanhanger van de gekozen geneeswijze of heeft meer ver-trouwen in de alternatieve therapeut. Op grond van de resultaten van het Nivel-onderzoek lijkt het onwaarschijnlijk dat de persoon van de reguliere hulpverlener - de huisarts, de reumatoloog - op de alternatieve consumptie van invloed is; kritiek richt zich op de zorg en de resultaten daarvan, niet op de persoon van de hulpverlener. (Uit beide Nivel-onderzoeken blijkt ook dat de houding van de reguliere hulpverleners ten opzichte van alternatieve geneeswijzen nauwelijks invloed heeft op de omvang van de 'alternatieve' consumptie van hun patiënten).

Tabel 2.2. Door patiënten genoemde motieven om een bezoek te brengen aan een alternatieve therapeut (percentages)

	NIPG* (Ooijendijk 1980)	Nivel* (Visser, 1988)	Nivel* (Visser, 1989)	Groen,** 1982	CBS*** (van Sonsbeek, 1988)
redenen van pragmatische aard:					
- wilde wel 'ns proberen	34	65	54	20	7
- ander had er baat bij	46	-	-	4	-
- baat het niet/schaadt het niet	-	-	-	32	-
- verwezen door derden	17	-	27	1	17
redenen m.b.t. de regulier zorg:					
- slechte ervaringen met reguliere zorg	15	29	-	4	-
- laatste redmiddel	22	45	32	17	10
- reguliere zorg hielp niet	40	-	42	20	45
- afwijzen geneesmiddelen	-	-	-	-	17
- slecht contact reguliere h.v.	-	-	3	-	-
redenen van principiële aard:					
- overtuigd aanhanger van de geneeswijze	14	19	8	-	-
- meer vertrouwen in alternatieve therapeut	-	-	-	-	6

* gepercenteerd over het aantal patiënten (meer dan één reden mogelijk)
 ** gepercenteerd over het aantal genoemde redenen

2.4. Reguliere medische consumptie door bezoekers van alternatieve therapeuten

De afgelopen jaren is in een aantal onderzoeken aandacht besteed aan de vraag of bezoekers van alternatieve therapeuten in hun reguliere consumptie verschillen van niet-bezoekers. In tabel 2.3 worden de resultaten van vier onderzoeken rond deze vraag weergegeven. De cijfers hebben betrekking op contacten van bezoekers van alternatieve therapeuten (exclusief de eigen alternatief werkende huisarts), respectievelijk niet-bezoekers met huisartsen en specialisten; de cijfers zijn niet gecorrigeerd voor patiëntenkenmerken.

Tabel 2.3. Bezoek aan huisartsen en specialisten door bezoekers, respectievelijk niet-bezoekers van alternatieve therapeuten.

		bezoekers	niet-bezoekers
CBS [*] (Van Sonsbeek, 1988)	: huisarts	0.78	0.45
	: specialist	0.44	0.24
NIPG ^{**} (Ooijendijk e.a., 1980)	: huisarts	85	70
	: specialist	52	35
Nivel ^{***} (Visser, 1988)	: huisarts	60	50
	: specialist	50	33
Groen, 1982 ^{****}	: huisarts	2.7	3.0
	: specialist	9.0	8.3

- * gemiddeld aantal contacten in twee maanden
 ** percentage bezoekers in één jaar
 *** percentage bezoekers in drie maanden (huisarts), respectievelijk één jaar (specialist)
 **** gemiddeld aantal contacten in één jaar

Uit de cijfers blijkt dat bezoekers van alternatieve therapeuten in grotere getale de huisarts en de specialist bezoeken dan niet-bezoekers. Een vertekenende factor is natuurlijk de eerder geconstateerde slechtere gezondheid van de bezoekers. Na correctie voor verschillen in gezondheid (In twee van de vier genoemde onderzoeken) worden de verschillen in medische consumptie minder groot. Desondanks komen in de cijfers van het CBS bezoekers van alternatieve therapeuten ook dan iets vaker bij de huisarts; in het Nivel-onderzoek blijft juist het bezoek aan medisch specialisten significant verschillen. Dat de verschillen in de medische consumptie tussen bezoekers en niet-bezoekers bij constanthouding van de gezondheidstoestand minder groot zijn, blijkt ook uit de cijfers van het in de tabel genoemde onderzoek onder patiënten met cystic fibrosis (taai slijmziekte) (Groen, 1982), die immers allen aan dezelfde ziekte lijden.

Wat betreft het gebruik voor medicijnen op recept komt het CBS-onderzoek tot een soortgelijke bevinding: raadplegers van alternatieve therapeuten hebben een hoger consumptieniveau, maar na correctie voor ondermeer de gezondheidstoestand is er geen significant verschil met niet-raadplegers. De resultaten van het Nivel-onderzoek komen hiermee overeen voorzover het gaat om medicijnen op recept; medicijngebruik zonder recept blijft ook na correctie significant hoger bij de bezoekers van alternatieve therapeuten.

Behalve de hiervoor vermelde onderzoeken, alle uitgevoerd door middel van enquêtes onder consumenten of patiënten, verdient in dit kader het onder-

zoek van de (toenmalige) Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen onder alternatieve huisartsen vermelding (VNZ, 1988). In dit onderzoek zijn 163 alternatieve huisartsen via een matchingprocedure gekoppeld aan 163 reguliere huisartsen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat antroposofische huisartsen minder, maar dat de overige alternatieve huisartsen (homeopaten, manueel geneeskundigen, acupuncturisten, natuurartsen) daarentegen méér verwijzen dan reguliere huisartsen. De uitkomsten van dit onderzoek dienen echter met de grootste voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden: het onderzoeksmateriaal - LISZ-gegevens - is van dien aard dat een adequate matching onmogelijk was, terwijl eveneens onduidelijk blijft in welke omvang de alternatieve huisartsen in hun praktijk ook werkelijk alternatief werkzaam zijn.

2.5. Het aanbod aan alternatieve therapeuten

In het bekende onderzoek naar de kwantitatieve betekenis van alternatieve geneeswijzen van Maassen van den Brink (1987) wordt op basis van opgaven door beroepsorganisaties geconcludeerd dat in 1986 4120 praktizerende beroepsbeoefenaren in de alternatieve gezondheidszorg werkzaam waren, althans voorzover aangesloten bij een (alternatieve) beroepsorganisatie en werkzaam binnen een van de zes hoofdstromingen (natuurgeneeswijze 685, paranormale geneeswijze 325, homeopathie 270, antroposofische geneeswijze 411, acupunctuur 970, manuele geneeswijze 1170). Circa 60% van deze beroepsbeoefenaren was arts of fysiotherapeut.

Het aantal niet georganiseerde alternatieve therapeuten is onbekend. Maassen van den Brink meldt op basis van schattingen door (alternatieve) beroepsorganisaties een aantal van 5000. Zij komt tevens tot de slotsom dat het aantal georganiseerde beroepsbeoefenaren in tien jaar ruim verdubbeld is. Volgens het Nivel-onderzoek naar de plaats van alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk (Visser, 1988) past bijna de helft van de geënquêteerde huisartsen al dan niet incidenteel één of meer alternatieve geneeswijzen toe. Een kwart van deze groep behandelt ook patiënten die bij een andere huisarts staan ingeschreven.

2.6. Vergoeding van hulp voor alternatieve therapeuten

Ziekenfondsen

Alternatieve geneeswijzen zijn als zodanig niet opgenomen in het pakket van de wettelijke ziektekostenverzekering. (Een uitzondering vormen de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen en Vasolastine, die wel in het

ziekenfondspakket zijn opgenomen, zij het dat de Staatssecretaris van Volksgezondheid in oktober 1990 bij de Ziekenfondsraad een adviesaanvraag heeft ingediend waarin handhaving van homeopathische en antroposofische middelen in het pakket ter discussie wordt gesteld). Desondanks worden alternatieve geneeswijzen - onder de vlag van een reguliere verstrekking - uit de wettelijke ziektekostenverzekering vergoed: alternatieve hulp verstrekt door de huisarts bij wie de patiënt staat ingeschreven in het kader van het abonnementshonorarium, alternatieve hulp (met name manuele therapie) door fysiotherapeuten (gedeclareerd onder een 'reguliere' noemer) en bepaalde vormen van ziekenhuishulp (zoals antroposofische klinieken). Ziekenfondsverzekerden die gebruik maken van de aanvullende verzekering van hun ziekenfonds (volgens opgave van de VNZ is naar schatting 85 tot 90% van de verzekerden aanvullend verzekerd) kunnen daarnaast een beroep doen op meer vergoedingsmogelijkheden. Volgens een inventarisatie van het Informatie- en Documentatiecentrum Alternatieve Geneeswijzen (IDAG) werden in 1990 alternatieve geneeswijzen door 38 van de 40 ziekenfondsen in enigerlei vorm vergoed (Schildmeijer, 1990). In 1987 kenden nog slechts 26 van de 45 fondsen een dergelijke verstrekking (Kuindersma en Peters, 1988). Ook het aantal voor vergoeding in aanmerking komende behandelingen is in de loop der jaren sterk toegenomen. De door de fondsen gehanteerde voorwaarden met betrekking tot de kwalificatie van de alternatieve therapeut, het soort geneeswijze en de hoogte van de vergoeding zijn echter nog steeds verschillend. Behandeling door alternatieve artsen wordt door de betrokken ziekenfondsen altijd vergoed; slechts vijf fondsen vergoeden ook manuele therapieën en acupunctuurbehandelingen door fysiotherapeuten. Behandelingen door niet-regulier opgeleiden worden, met uitzondering van chiropraxiebehandelingen, door geen enkel fonds vergoed.

Particuliere ziektekostenverzekeraars

Evenals ziekenfondsverzekerden komen ook particulier verzekerden in aanmerking voor vergoeding van alternatieve geneeswijzen verstrekt onder 'reguliere vlag'. Uiteraard is de vergoeding afhankelijk van het gekozen pakket en de samenstelling daarvan. Zo had in 1989 bijna 20% van de verzekerden een eigen risicobedrag van fl. 750,- of meer en was in 84% van de gevallen huisartsenhulp meeverzekerd (KISG, 1990). Particulier verzekerden die huisartsenhulp in hun pakket hebben, hebben in tegenstelling tot ziekenfondsverzekerden tevens de mogelijkheid alternatieve hulp verleend door een ander dan de eigen huisarts vergoed te krijgen (zij het onder de noemer huisartsenhulp en de daarbij behorende tarieven).

Alternatieve geneeswijzen als zodanig worden door alle particuliere ziektekostenverzekeraars vergoed. Bij 31 van de 41 door het IDAG onderzochte verzekeraars zijn de vergoedingen ondergebracht in het algemene basis-

pakket; bij de overige maatschappijen kan men zich verzekeren via een aanvullend pakket. Alle onderzochte maatschappijen vergoeden de behandeling van alternatieve artsen; de meeste vergoeden ook de behandelingen van chiropractoren en fysiotherapeuten, enkele ook die van (niet-regulier opgeleide) paranormale genezers. Het IDAG concludeert dat de particuliere maatschappijen een ruimer pakket aanbieden dan de (aanvullende verzekeringen van de) ziekenfondsen (Schildmeijer, 1990).

2.7. Omvang uitgaven alternatieve geneeswijzen

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; enkele jaren later noemde Maassen van de Brink (1987) een bedrag van 400 tot 600 miljoen gulden aan consulten per jaar. In dit bedrag zijn echter de kosten van consulten bij niet-georganiseerde alternatieve therapeuten buiten beschouwing gelaten. Volgens Aakster (Aakster e.a., 1989) taxeren de leden van de Nehoma, koepeloverleg van de fabrikanten en importeurs van alternatieve preparaten, hun gezamenlijke jaaromzet op 60 miljoen gulden.

Schattingen van eventuele meer- of minderkosten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen lopen sterk uiteen. Tegenover een geschatte besparing op de kosten van de gezondheidszorg van 1,3 miljard gulden (Aakster, 1982) staat een geschatte kostenverhoging als gevolg van opname van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket van 105 tot 130 miljoen gulden voor het eerste jaar na deze (hypothetische) ingreep (Bergeijk en Schut, 1983).

2.8. Conclusie

In de jaren tachtig is het gebruik van alternatieve geneeswijzen aanzienlijk toegenomen, zij het dat die groei voor een belangrijk deel te maken heeft met een groeiend aantal mensen dat een alternatief werkende huisarts heeft (en ook bezoekt). Welke kenmerken bezoekers van alternatieve therapeuten met elkaar gemeen hebben, is niet goed duidelijk. Achtergrondkenmerken als leeftijd, geslacht, onderwijsniveau, verzekeringsvorm en gezondheidstoestand verklaren maar een klein deel van de variantie. Veel patiënten bezoeken een alternatieve therapeut 'om het eens te proberen', 'nadat zij onvoldoende baat hadden gehad bij reguliere hulp. Opvallend is dan ook dat deze patiënten niet minder gebruik lijken te maken van reguliere hulp dan patiënten die nooit

bij een alternatieve therapeut zijn geweest. Niet bekend is echter, hoe groot hun reguliere consumptie bij afwezigheid van alternatieve hulp zou zijn geweest.

3. SUBSTITUTIE

Nadat in het vorige hoofdstuk de plaats van de alternatieve geneeswijzen in Nederland is verkend, wordt in dit hoofdstuk nader ingegaan op het begrip 'substitutie'. Dat gebeurt in algemene termen. Eerst wordt geschetst wat onder 'substitutie' verstaan moet worden; vervolgens wordt ingegaan op onderzoek naar substitutie op andere terreinen dan het 'alternatieve veld'. Tenslotte wordt aangegeven welke definitie van substitutie bruikbaar is als gesproken wordt over substitutie van reguliere door alternatieve zorg en welke aspecten bij onderzoek op dat gebied betrokken moeten worden.

3.1. Wat is substitutie?

Over substitutie in de gezondheidszorg wordt veel geschreven en gepraat. Globaal is de betekenis van de term wel duidelijk: een verschuiving in de hulpverlening van de ene voorziening naar een andere. Meer specifiek echter kunnen verschillende betekenissen aan de term worden gegeven (Stikker, 1985). Van belang is het onderscheid tussen substitutie als uitkomst van een weloverwogen ingreep en substitutie als een spontaan verlopend proces. In het eerste geval gaat het, bijvoorbeeld, om het verschuiven van zorg van tweede naar eerste lijn door het aantal ziekenhuisbedden te verkleinen en tegelijk de gezinsverzorging te versterken of door het opstellen van protocollen voor de behandeling van klachten door huisartsen en specialisten; 'spontane' substitutie treedt op als patiënten in groten getale gebruik gaan maken van een nieuw ingevoerde voorziening ten koste van bestaande voorzieningen.

In recente literatuur wordt het begrip substitutie meestal in de eerste betekenis gebruikt. Veel geciteerd is de definitie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in de Discussienota Substitutie in de Gezondheidszorg uit 1989. Substitutie is daarin

..het met een specifiek doel geheel of gedeeltelijk vervangen van een bestaande voorziening door een andere voorziening, met behoud van de oorspronkelijke doelstellingen en de daaraan gerelateerde functies en gericht op dezelfde dan wel een vergelijkbare populatie.

Drie elementen uit deze definitie zijn van bijzondere betekenis. In de eerste plaats wordt nadrukkelijk gekozen voor een doelbewust vervangen van de

ene voorziening door een andere. Niet-geleide verschuivingen in de zorgverlening, bijvoorbeeld als gevolg van veranderingen in het aanbod, leiden, althans volgens deze definitie, niet tot substitutie van zorg. Globaal genomen zijn er, volgens de Nota, drie redenen om tot een verschuiving van zorg over te gaan: het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, het voldoen aan de voorkeur van de patiënt of het goedkoper maken van de zorg.

In de tweede plaats is alleen sprake van substitutie als de doelstelling van de geleverde hulp en de daaraan gerelateerde functies in de 'oude' en in de 'nieuwe' voorziening dezelfde zijn. Hoe globaler een functie wordt omschreven, des te groter is de marge om bij substitutie veranderingen ten aanzien van de inhoud van de zorg aan te brengen.

In de derde plaats moet, wil er sprake zijn van substitutie, de 'nieuwe' voorziening zich op dezelfde doelpopulatie ('ouderen', 'chronische patiënten') richten als de 'oude' voorziening.

Dergelijke geleide substitutie kan op drie niveaus plaatsvinden: op micro-niveau (individuele patiënten wordt een bepaald hulpverleningspakket aangeboden als alternatief voor een bestaand pakket), op mesoniveau (binnen een regio worden de diensten van de ene instelling vervangen door die van een ander) of op macroniveau (verschuivingen op nationaal niveau met het doel te komen tot lagere kosten voor het totale voorzieningstelsel)(Stikker, 1985).

Hoewel de definitie van de Raad neutraal is en in theorie alle mogelijke verschuivingen binnen de gezondheidszorg omvat, heeft het begrip 'substitutie' ook een normatieve betekenis: een 'spontane' groei van het aantal patiënten in de tweede lijn (bijvoorbeeld na de opening van een nieuw ziekenhuis) wordt niet zozeer substitutie als wel 'omgekeerde substitutie' genoemd. Volgens Goudriaan (1990) wordt substitutie in ambtelijke rapporten omschreven als 'verschuivingen tussen voorzieningen' en wel in de richting van - ondermeer - zwaar naar lichter, langdurig naar korter, intensief naar minder intensief; in zijn eigen definitie staat een verschuiving naar minder dure voorzieningen centraal.

Ondanks deze nadruk, in de literatuur, op geleide substitutie, wordt het begrip in het dagelijks spraakgebruik ook dikwijls in de tweede betekenis gebruikt. 'Feitelijke' of 'spontane' substitutie (Stikker, 1985) verwijst dan naar

..een bestaande samenhang tussen voorzieningen die van dien aard is dat een toenemend gebruik van de ene voorziening leidt tot een afnemend gebruik van een andere voorziening.

Ook in deze definitie wordt het gebruik van beide voorzieningen als in twee communicerende vaten aan elkaar verbonden. Een al dan niet spontane verandering in de hulpvraag of het hulpaanbod zonder dat sprake is van vervanging van de ene voorziening door een andere, is niet meer dan een verschuiving in, en zeker geen substitutie van zorg (NRV, 1989).

3.2. Onderzoek naar substitutie

In het onderzoek naar substitutie gaat het niet zozeer om het proces van substitutie zelf als wel om de mogelijke effecten daarvan. Met een voorbeeld: niet het verkleinen van het aantal ziekenhuisbedden is van belang, maar de effecten van die maatregel. Met betrekking tot substitutie van zorg door een 'nieuwe' voorziening zijn drie soorten effecten te onderscheiden, die achtereenvolgens betrekking hebben op het gebruik van voorzieningen, op de kwaliteit van de zorgverlening (dat wil zeggen een beoordeling van het effect in objectieve en in subjectieve termen) en op de kosten van de zorgverlening (Goudriaan, 1990).

In een literatuurstudie van het sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar substitutie van voorzieningen in de ouderenzorg onderscheidt Goudriaan zes typen van onderzoek naar substitutie, waarvan de drie belangrijkste zijn:

- 1 Empirisch onderzoek naar de relaties tussen (te veranderen) oorzakelijke factoren en het gebruik van voorzieningen. Een voorbeeld is onderzoek naar de samenhang tussen de hoogte van de verwijscijfers van huisartsen en de samenwerkingsvorm. Indien samenwerkende huisartsen minder verwijzen, zou samenwerking een instrument zijn om substitutie van tweede naar eerste lijn te bewerkstelligen. Ook onderzoek naar het effect van het gebruik van diagnostische centra op het verwijsgedrag van huisartsen, valt onder dit type onderzoek.
- 2 Onderzoek naar substitutiefactoren, die aangeven welk percentage gebruikers van te substitueren voorzieningen elders evengoed verzorgd zouden kunnen worden. In dit type onderzoek worden rekenmodellen opgesteld waarmee de kosten van een verschuiving van zorg berekend kunnen worden.
- 3 Evaluaties van experimenten die gericht zijn op het substitueren van zorg. Door de kleinschalige opzet van dergelijk onderzoek, zowel in termen van betrokken voorzieningen en doelgroepen als in geografisch opzicht, is de generaliseerbaarheid van dergelijk onderzoek gering (PODO, 1989).

Onderzoek naar de genoemde effecten van substitutie, in welke vorm dan ook, stuit op een aantal problemen (zie ook NRV, 1989).

Wat betreft het vaststellen van een eventuele verandering in het gebruik van voorzieningen:

- 1 In het algemeen is weinig informatie voorhanden over de gang van patiënten door het zorgsysteem. Deze informatie zal dan ook meestal in het kader van het onderzoek zelf verzameld moeten worden.
- 2 Voorzover het van belang is om de consumptie van een bepaalde afgebakende groep (bijvoorbeeld ouderen, chronisch zieken) voor en na de substitutie na te gaan, doet zich het probleem voor dat instellingen en beroepsbeoefenaren niet gewend zijn gegevens over de zorgverlening naar patiëntengroep gedifferentieerd te verzamelen en te publiceren.
- 3 Bij het vergelijken van de omvang van de populatie van de te substitueren en de substituerende voorziening moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat patiënten niet uit dezelfde populatie afkomstig zijn. Nieuwe voorzieningen kunnen een 'aanzuigende' werking hebben op patiëntengroepen waarvoor ze eigenlijk niet waren bedoeld. Illustratief in dit verband is het onderzoek naar verpleeghuisdagbehandeling (geciteerd in NRV, 1989). Patiënten die van deze nieuwe vorm van zorg gebruik maakten bleken tot een andere, minder zorgbehoevende, categorie te behoren en werden voordien niet in het verpleegtehuis, maar thuis behandeld.
- 4 Een zelfde probleem doet zich voor als hulpverleners op bepaalde punten met elkaar worden vergeleken, zoals het geval is bij onderzoek naar de hoogte van verwijscijfers van verschillende groepen huisartsen. Ook in dat geval dienen de patiëntenpopulaties van deze huisartsen op relevante punten (zoals leeftijd en geslacht, die een indicatie vormen van de gezondheidstoestand) vergelijkbaar te zijn.

Wat betreft de kwaliteit van de zorg:

- 5 Kwaliteit heeft betrekking op drie aspecten, namelijk het methodisch-technisch handelen, de attitude van de beroepsbeoefenaar en de organisatie van de zorg (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1986). Voor het vaststellen van kwaliteit zijn talloze indicatoren mogelijk. Aan het ontwikkelen, valideren en vergelijken van nieuwe indicatoren, criteria en richtlijnen en het vaststellen van de waarde van reeds bestaande bestaat echter dringend behoefte (Raad voor Gezondheidsonderzoek, 1990).
- 6 Datzelfde geldt voor het meten van kwaliteit in subjectieve termen. Hoewel in Nederland in de tweedelijnsgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg het nodige aan instrumentontwikkeling met betrekking tot patiëntensatisfactie is gedaan, zijn op het gebied van de eerstelijnszorg nog geen betrouwbare en valide meetinstrumenten ontwikkeld.

Wat betreft het vaststellen van de eventuele kostengevolgen:

- 7 Indien de substituierende voorziening wordt ingezet voor de meest zorg-behoevende gebruikers van de te substitueren voorziening, dan zullen de kostengevolgen worden onderschat als van 'gemiddelde kosten' gebruik wordt gemaakt.
- 8 Substitutie kan niet alleen kostengevolgen hebben voor de direct betrokken voorzieningen, maar ook, indirect voor andere. Ook kunnen er gevolgen zijn voor de patiënten zelf, bijvoorbeeld in de vorm van eigen bijdragen.
- 9 Kostenconsequenties zijn, tenslotte, moeilijker te bepalen naarmate de substitutie-effecten zich verder in de toekomst zullen voordoen.

3.3. Substitutie en alternatieve geneeswijzen

In de eerste paragrafen van dit hoofdstuk is alleen in algemene termen over substitutie gesproken. In deze paragraaf wordt de discussie betrokken op substitutie van reguliere door alternatieve zorg. Eerst wordt nagegaan wat op dit gebied met substitutie bedoeld kan worden; daarna wordt besproken welke aspecten in substitutie-onderzoek op dit gebied van belang zijn en welke methodologische problemen zich bij dat onderzoek voordoen.

3.3.1. Substitutie van 'regulier' door 'alternatief': een definitie

Kijken we eerst terug naar de eerder weergegeven definitie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, waarin substitutie wordt omschreven als *'het met een specifiek doel geheel of gedeeltelijk vervangen van een bestaande voorziening door een andere voorziening, met behoud van de oorspronkelijke doelstellingen en de daaraan gerelateerde functies en gericht op dezelfde dan wel een vergelijkbare populatie'*.

In paragraaf 3.1. werden drie elementen uit deze definitie van bijzondere betekenis genoemd. Wil sprake zijn van substitutie, dan gaat het om het 'doelbewust vervangen' van de ene voorziening door een andere, om vergelijkbare doeleinden en functies van de twee voorzieningen en om een zelfde of vergelijkbare populatie die van de voorzieningen gebruik maakt. In hoeverre wordt, bij substitutie van reguliere door alternatieve zorg, aan deze voorwaarden voldaan?

Van substitutie is, volgens de Raad, slechts sprake als een bepaalde voorziening geheel of gedeeltelijk wordt *vervangen* door een andere. Dat betekent dat het voorzieningenpakket niet alleen met iets nieuws wordt uitgebreid, maar dat tevens een bestaande voorziening althans gedeeltelijk verdwijnt. Wil er sprake zijn van substitutie van reguliere door alternatieve zorg, dan zou

dus, met het uitbreiden van alternatieve voorzieningen, reguliere zorg welbewust worden afgebouwd. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat het aantal bezoeken aan een fysiotherapeut wordt gemaximeerd en het aantal bezoeken aan een alternatieve therapeut niet; of dat een hulpverlener - huisarts, of fysiotherapeut - stopt met reguliere behandeling en zich uitsluitend op alternatieve zorg gaat toeleggen.

Waarom zou een dergelijke verschuiving in gang gezet worden? Volgens de Discussienota zijn daarvoor drie motieven denkbaar: het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, de voorkeur van patiënten en het goedkoper maken van de zorg.

De kwaliteit van zowel alternatieve als reguliere zorg (uiteen te leggen in de genoemde aspecten 'methodisch-technisch handelen', 'attitude' en 'organisatie') is door het onvoldoende voorhanden zijn van valide meetinstrumenten niet in volle omvang meetbaar. In de discussie over dit onderwerp spelen meningen dan ook een belangrijke rol. Vanuit het reguliere veld wordt vaak gesteld dat alternatieve geneeswijzen onwetenschappelijk zijn en dat het gebruik ervan somatische fixatie en medicalisering in de hand werkt (Van Weel, 1984; Van der Smagt, 1988). Omgekeerd wijst het alternatieve veld erop dat het de eigen verantwoordelijkheid en gezondheidsbevorderend gedrag van de patiënt stimuleert en meer oog heeft voor de context van de klachten (Aakster e.a., 1989).

Blijkens de in het vorige hoofdstuk gepresenteerde gegevens mogen alternatieve geneeswijzen zich in de populariteit van patiënten verheugen. De voorkeur van patiënten zou dan ook een motief kunnen zijn om doelbewust reguliere door alternatieve zorg te vervangen. Ook het opnemen van alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen en in de polissen van de particuliere ziektekostenverzekeraars is te verklaren uit de belangstelling van patiënten; de populariteit van alternatieve geneeswijzen leidde ertoe dat een ziekenfonds in 1987 besloot alternatieve geneeswijzen in het pakket op te nemen ten koste van de vergoeding van hulp door eerstelijnspsychologen (en ten koste van veel publiciteit over die beslissing).

Over het derde mogelijke motief voor een doelbewuste verschuiving - het terugdringen van de kosten - bestaat geen eensgezindheid. Vanuit het alternatieve veld wordt aangevoerd dat het gebruik van alternatieve geneeswijzen tot aanzienlijke besparingen zou kunnen leiden (Aakster, 1982). Volgens een studie van de Erasmus Universiteit zou uitbreiding van het ziekenfondspakket met alternatieve geneeswijzen juist tot hogere kosten leiden (Bergeijk en Schut, 1983). Ook onderzoek naar het (voorschrijf- en verwijs-)gedrag van alternatieve en regulier werkende huisartsen wijst niet zonder meer op lagere kosten. Onderzoek van de VNZ wees uit dat alternatief werkende huisartsen (met uitzondering van antroposofische huisartsen)

meer patiënten verwijzen dan hun regulier werkende collega's (VNZ, 1988). Post (1990) vond dat huisartsen die relatief veel homeopathische middelen voorschrijven ook meer reguliere middelen voorschrijven dan andere huisartsen.

Hoewel een individuele regulier werkende arts of fysiotherapeut op grond van bovenstaande overwegingen kan besluiten reguliere zorg door alternatieve zorg te vervangen (hetgeen incidenteel zeker het geval is), maken onzekerheid over de kwaliteit en de kosten van alternatieve geneeswijzen het, concluderend, voorsnog onwaarschijnlijk dat het beleid van de overheid (of een andere beleidsmakende instantie) erop gericht zou zijn reguliere zorg bewust door alternatieve zorg te vervangen.

Een tweede voorwaarde om in strikte zin van substitutie te kunnen spreken is dat de vervangende zorg dezelfde doelstellingen en functies heeft als de te vervangen voorziening.

Zolang doelstellingen en functies in algemene termen omschreven worden, bestaat tussen reguliere en alternatieve zorg geen wezenlijk verschil. Beide zijn dan gericht op het behoud of herstel van gezondheid.

Dat betekent niet dat beide vormen van zorg aan elkaar gelijk zijn. Op het theoretisch vlak verschillen reguliere en alternatieve hulpverleners met elkaar van mening over de definitie van gezondheid (Wiegant, 1990) en daarmee ook over de hulp die gegeven moet worden om deze te behouden of te herstellen. Een complicerende factor daarbij is dat tussen de verschillende alternatieve geneeswijzen in dit opzicht geen eenstemmigheid bestaat, waardoor sommige in hun theoretische uitgangspunten veel dichter bij de reguliere zorg staan dan andere.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de vraag of dergelijke theoretische verschillen in de praktijk van alternatieve therapeuten tot uitdrukking komen, of - met andere woorden - hun werkwijze fundamenteel van die van de reguliere zorg verschilt. Wat betreft het indicatiegebied bestaat de indruk dat het gebied dat door alternatieve geneeswijzen wordt bestreken in de praktijk kleiner is dan dat van het reguliere veld, althans voorzover het de curatie betreft. Alternatieve geneeswijzen worden relatief vaak toegepast bij de behandeling van patiënten met langdurige, chronische klachten en ziekten, zoals beperkingen van het bewegingsapparaat en klachten als hoofdpijn (vgl. hoofdstuk 2); bij de behandeling van acute klachten spelen zij een minder belangrijke rol, ook al omdat de meeste patiënten zich in dat geval eerst tot de reguliere zorg zullen wenden. Daarmee overlapt het primaire indicatiegebied van alternatieve geneeswijzen (delen van) de huisartsenzorg, de fysiotherapie en niet-snijdende medisch specialistische zorg, zoals bijvoorbeeld gegeven door internisten en reumatologen.

Tenslotte kunnen het reguliere en alternatieve veld in de beleving van de patiënten een verschillende functie hebben, bijvoorbeeld doordat de alternatieve hulpverlener meer tijd of aandacht voor de patiënt heeft of ingaat op (voor de patiënt belangrijke) niet-rationele aspecten van de ziekte of klacht.

In de definitie van de Nationale Raad is een derde voorwaarde om van substitutie te kunnen spreken, dat de populatie van de substituerende en de te substitueren voorziening aan elkaar gelijk zijn. Achtergrondkenmerken van patiënten - zoals leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheidstoestand - kunnen het al dan niet gebruiken van alternatieve geneeswijzen, zoals in het vorige hoofdstuk werd opgemerkt, nauwelijks verklaren. Ook onderzoek naar de motivatie van patiënten heeft weinig resultaat opgeleverd. Immers, de meeste patiënten zeggen een alternatieve therapeut uit pragmatische overwegingen te bezoeken: men 'wil het wel eens proberen', in veel gevallen omdat reguliere hulp geen oplossing kon bieden. Hoewel uit deze cijfers geconcludeerd werd dat 'het gebruik van alternatieve geneeswijzen in alle groepen van de samenleving voorkomt' (Van Sonsbeek, 1988), dient zich toch de vraag aan welke andere, nog niet gemeten, kenmerken het al dan niet raadplegen van alternatieve therapeuten (mede) verklaren.

Geconcludeerd kan worden dat van substitutie van reguliere door alternatieve zorg in de betekenis die de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aan dat begrip toekent, geen sprake is. Dat de populatie van de alternatieve en reguliere zorg dezelfde is, is aannemelijk, maar staat niet vast; daarbij is denkbaar dat beide zorgsystemen, hetzij in de praktijk, hetzij in de beleving van de behandelde patiënten een verschillende functie hebben. Belangrijkste bezwaar tegen het gebruik van deze definitie is echter dat het vooralsnog ondenkbaar is dat het beleid van de overheid (of een andere beleidsmakende instantie) erop gericht zou zijn reguliere zorg doelbewust door alternatieve zorg te vervangen.

Op het onderhavige terrein is de tweede hierboven aangehaalde definitie van substitutie dan ook beter bruikbaar: 'een bestaande samenhang tussen voorzieningen die van dien aard is dat een toenemend gebruik van de ene voorziening leidt tot een afnemend gebruik van een andere voorziening'. Geherformuleerd - het is immers taalkundig merkwaardig om 'samenhang' 'substitutie' te noemen - wordt onder substitutie van reguliere naar alternatieve zorg verstaan

..het spontaan verlopend proces, waarbij een toenemend gebruik van alternatieve zorg leidt tot een afnemend gebruik van reguliere zorg, zonder dat daarbij sprake is van een bewuste sturing.

Ook zo opgevat, is een voorwaarde om van substitutie te kunnen spreken dat de alternatieve zorg zich op dezelfde populatie richt als de reguliere zorg en voor deze populatie een zelfde of vergelijkbare functie vervult. Indien immers de alternatieve zorg voor dezelfde patiënten een andere functie heeft dan de reguliere zorg (en mensen dus van beide gebruik maken, zoals mensen ook zowel naar de huisarts gaan als naar de tandarts) of, andersom, als de alternatieve zorg dezelfde functie heeft als de reguliere zorg, maar een andere patiëntengroep bedient (die dus geen gebruik van reguliere zorg kan of wil maken), dan zijn beide systemen zozeer van elkaar gescheiden, dat van substitutie geen sprake (meer) kan zijn.

3.3.2. Onderzoek naar substitutie: te onderzoeken aspecten

Met betrekking tot onderzoek rond substitutie op andere terreinen van de gezondheidszorg werd in de vorige paragraaf opgemerkt dat dergelijk onderzoek zich vooral richt op de mogelijke effecten van maatregelen die bedoeld zijn om substitutie in de gezondheidszorg tot stand te brengen; de maatregel zelf is dan geen object van onderzoek meer. Drie soorten van effecten werden daarbij onderscheiden, namelijk die welke betrekking hebben op het gebruik van voorzieningen, op de kwaliteit van de geboden zorg en op de kosten van de totale zorgverlening. Op het onderhavige gebied is alleen het gebruik van alternatieve geneeswijzen door patiënten een gegeven. Of er sprake is van substitutie in de betekenis die in de vorige paragraaf aan dat begrip werd gegeven, is zeker niet vanzelfsprekend. Nemen we de drie genoemde mogelijke effecten van substitutie als uitgangspunt, dan dient substitutie-onderzoek op het gebied van de alternatieve geneeswijzen antwoord te geven op de volgende vragen:

- vindt door het gebruik van alternatieve geneeswijzen een verandering plaats in het gebruik van (reguliere) zorg?
- wat is de kwaliteit van de geboden alternatieve zorg, zowel in objectieve als in subjectieve termen, in relatie tot de kwaliteit van de reguliere zorg?
- welke gevolgen heeft het gebruik van alternatieve zorg voor de kosten van de gezondheidszorg in zijn geheel?

Bij de beantwoording van die vragen moet - gezien de geformuleerde voorwaarden om van substitutie te kunnen spreken - met nadruk worden gelet op mogelijke verschillen in de populatie en de (feitelijke en ervaren) functie van alternatieve en reguliere zorg.

Eén alomvattend onderzoek met deze vraagstellingen is, gezien de conclusie van de in hoofdstuk 1 besproken voorstudie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad, niet uitvoerbaar. Substitutie-onderzoek bestaat dan ook niet uit één project, maar uit verschillende onderling

samenhangende projecten, waarin telkens een of meer relevante aspecten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen worden belicht. Alvorens, in een later hoofdstuk, die projecten te beschrijven, dient te worden aangegeven welke aspecten daarin aan de orde moeten komen. Nemen we bovenstaande drie centrale vragen als uitgangspunt, dan kunnen de volgende aspecten worden genoemd:

1. Ten aanzien van de *het gebruik van voorzieningen*:

- *de omvang van de alternatieve zorg.*

Wil reguliere hulp door alternatieve vervangen kunnen worden, dan moet deze laatste in voldoende ruime mate aanwezig zijn. Zou het aanbod zeer gering zijn, dan zouden eventuele op micro-niveau aanwijsbare effecten op macro-niveau te verwaarlozen zijn.

- *de vraag naar alternatieve geneeswijzen.*

Datzelfde geldt voor de vraag naar alternatieve geneeswijzen. Zou deze zeer gering zijn, dan zouden eventuele op micro-niveau aanwijsbare effecten eveneens op macro-niveau te verwaarlozen zijn.

- *de achtergronden van patiënten die gebruik maken van alternatieve zorg.*

Wezenlijke verschillen in achtergrondkenmerken van patiënten die gebruik maken van alternatieve dan wel van reguliere zorg zijn niet door empirisch onderzoek aangetoond. Achtergrondkenmerken als leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheidstoestand verklaren slechts een zeer klein deel van de alternatieve consumptie. Het zoeken naar eventuele andere verschillen tussen beide groepen patiënten (bijvoorbeeld in termen van ziektegedrag) is van belang.

- *de klachten waarmee patiënten een alternatieve therapeut bezoeken.*

Patiënten in reguliere en in alternatieve zorg kunnen van elkaar verschillen wat betreft de aard, ernst en duur van de aandoening. Wellicht maken juist de moeilijkste patiënten (die elders niet of niet meer geholpen kunnen worden) van alternatieve hulp gebruik. Of wellicht betreft het patiënten met lichte klachten, die - bij het ontbreken van een 'alternatief' - in het geheel geen hulp zouden hebben ingeroepen.

- *het gebruik van reguliere zorg door alternatief behandelde patiënten.*

Dat patiënten die alternatief behandeld worden of behandeld zijn ook gebruik maken van reguliere zorg, is bekend. Van belang voor substitutie-onderzoek is vast te stellen in welke mate en om welke reden dit gebeurt.

- *de samenwerking tussen reguliere en alternatieve zorg.*
Per definitie speelt het proces van substitutie van regulier naar alternatief zich daar af waar beide sectoren elkaar raken. De huisarts heeft daarin een belangrijke rol, ondermeer als verwijzer van patiënten. Van belang is ook zijn reactie als patiënten uit zijn praktijk op eigen initiatief naar een alternatieve therapeut gaan. Ook andere reguliere hulpverleners (zoals fysiotherapeuten en medisch specialisten) beïnvloeden de gang van de patiënt door het gezondheidszorgsysteem. Uit onderlinge contacten tussen reguliere en alternatieve hulpverleners kunnen regels voor samenwerking voortkomen (bijvoorbeeld in de vorm van een lijst van indicaties voor een verwijzing), die substitutie-bevorderend kunnen werken.
- *het verwijsgedrag van alternatief werkende huisartsen.*
Ook huisartsen kunnen alternatief werkzaam zijn. Van substitutie zou sprake kunnen zijn als zij minder patiënten naar de tweede lijn zouden verwijzen dan reguliere collega's of als hun patiënten minder vaak en korter in een ziekenhuis zouden worden opgenomen.

2. Ten aanzien van de *kwaliteit* van de zorg:

- *het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten*
Informatie over het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten is van belang om te kunnen vaststellen of de functie van de alternatieve zorg wellicht verschilt van die van de reguliere zorg (zoals die - in het geval van de huisartsenzorg en de fysiotherapeutische zorg - in onderzoek reeds is vastgesteld).
- *de motieven van patiënten om een beroep te doen op alternatieve hulp.*
Deze motieven kunnen te maken hebben met door patiënten gepercipieerde verschillen tussen alternatieve en reguliere zorg, zoals meer aandacht door de alternatieve hulpverlener en meer belangstelling voor (voor de patiënt belangrijke) niet-rationele aspecten van klachten. Niet alleen moeten de motieven voor een eenmalige keuze voor een alternatieve behandeling worden onderzocht, maar ook de motieven van patiënten, telkens wanneer zij in de 'zorgroute' door het gezondheidszorgsysteem een keuze tussen regulier en alternatief maken. Slechts een kleine groep patiënten maakt immers exclusief gebruik van alternatieve geneeswijzen. In de meeste gevallen wordt, tegelijkertijd of achtereenvolgens, ook gebruik gemaakt van reguliere zorg.
- *de tevredenheid van patiënten met de verleende alternatieve zorg.*
Tevredenheid van patiënten met de alternatieve zorg (het 'subjectieve

effect') is van betekenis voor de omvang van de vraag naar alternatieve geneeswijzen, zeker in relatie tot hun tevredenheid met (eerdere) reguliere behandelingen. Immers, hoe meer tevreden een patiënt is over een alternatieve behandeling, des te groter de kans dat hij of zij van alternatieve geneeswijzen gebruik blijft maken of anderen met vergelijkbare klachten een alternatieve behandeling aanraadt.

- *gedragsverandering als gevolg van alternatieve behandeling.*

Van alternatieve zijde wordt verondersteld dat patiënten door een alternatieve behandeling leren eventuele klachten in de toekomst zelf in de hand te houden. Daartegenover wordt opgemerkt dat alternatieve consumptie juist leidt tot de gedachte dat er 'altijd nog wel iets te doen valt' en daarmee tot medicalisering. Van substitutie (in dit geval van professionele zorg naar zelf- of mantelzorg) zal alleen in het eerste geval sprake zijn.

- *de effectiviteit van alternatieve behandeling*

Algemeen wordt de vraag gesteld naar de effectiviteit van alternatieve geneeswijzen (zie bijvoorbeeld NRV, 1990; KNMG, 1990). Hoewel de directe invloed van de uitkomsten van klinisch onderzoek op de vraag naar alternatieve zorg niet moet worden overschat, zijn zij zeker indirect van belang, in zoverre als zij de mening van reguliere hulpverleners en beleidsmakers (overheid, ziekenfondsen, reguliere beroepsorganisaties) pro of contra alternatieve geneeswijzen kunnen beïnvloeden en daarmee hun bereidheid alternatieve geneeswijzen te accepteren.

- *kwaliteitsbewaking in de alternatieve zorg*

Hierbij gaat het om voorwaarden die aan alternatieve therapeuten worden gesteld met betrekking tot opleiding, bij- en nascholing en toetsing. Deze kwaliteitsbewaking is, zowel in het reguliere als in het alternatieve veld, in handen van de beroepsorganisaties zelf. Het door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid geformuleerde begrippenkader kan daarbij, voor beide sectoren, behulpzaam zijn (NRV, 1990).

3. Ten aanzien van de *kosten* van de zorg:

- *de kosten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen.*

Daarbij gaat het in de eerste plaats om de kosten (zowel voor de ziektekostenverzekeraar als voor de patiënt zelf) van de alternatieve behandeling en van de door alternatieve therapeuten voorgeschreven medicijnen. Daarnaast moeten echter ook de kosten-gevolgen voor de reguliere sector van de gezondheidszorg en voor de sociale verzekering in aanmerking worden genomen. Ten derde moet rekening gehouden worden met

mogelijke kosten-gevolgen van een door de alternatieve behandeling optredende verandering in toekomstig ziektegedrag van de patiënt.

- *de plaats van de alternatieve geneeswijzen in de ziektekostenverzekeringen.*

De kosten van alternatieve behandelingen worden voor een deel door de ziektekostenverzekeraars gedekt. Er bestaan echter grote verschillen in de 'kleine letters' van de verzekeraars: eigen bijdrage, maximum aantal behandelingen, voorwaarden die aan de behandelaar worden gesteld en dergelijke.

3.3.3. Onderzoek naar substitutie: methodologische problemen

Onderzoek naar het substitutie-effect van alternatieve geneeswijzen is hiermee teruggebracht tot onderzoek naar verschillende aspecten die met substitutie samenhangen. Daarmee is niet gezegd dat dergelijk onderzoek verder probleemloos zou verlopen. Een aantal methodologische problemen doet zich daarbij immers voor (vergelijk ook hetgeen in paragraaf 3.2 werd gezegd over algemene problemen bij substitutie-onderzoek).

Een eerste algemeen probleem betreft de grote verscheidenheid in het aanbod aan alternatieve geneeswijzen: het bestaat uit verschillende alternatieve geneeswijzen (acupunctuur, homeopathie, enzovoorts), die door verschillende hulpverleners (artsen, tandartsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, niet-regulier opgeleiden) op verschillende plaatsen (eerste lijn, ziekenhuis) worden toegepast. Bovendien is slechts een deel van de beroepsbeoefenaren georganiseerd, waardoor gegevens onvolledig blijven: ongeorganiseerde hulpverleners en hun patiënten blijven buiten het gezichtsveld van de onderzoeker, tenzij zij via derden, bijvoorbeeld huisartsen, kunnen worden achterhaald. Bij onderzoek onder formeel niet-bevoegden moet rekening worden gehouden met een geringe bereidheid tot deelname onder (formeel strafbare) niet-artsen-therapeuten.

Een tweede probleem is dat het bezoek aan alternatieve therapeuten (de 'gerealiseerde' vraag) niet geregistreerd wordt (behalve bezoek aan alternatieve therapeuten van wie de behandeling door het ziekenfonds of de particuliere ziektekostenverzekeraar wordt vergoed).

Een derde probleem heeft betrekking op het vaststellen van de niet gerealiseerde vraag: wat zou het gedrag zijn van patiënten die niet voor een alternatieve behandeling kiezen, als deze makkelijker toegankelijk zou zijn (hetzij fysiek, hetzij door een aantrekkelijker aanbod vanuit de ziektekostenverzekering)? Omgekeerd valt ook moeilijk vast te stellen - en voor substi-

tutie-onderzoek is dat van belang - wat het gedrag zou zijn van mensen die zich wèl alternatief laten behandelen, als deze mogelijkheid niet bestaan had: had men dan volstaan met zelf- of mantelzorg, of had men zich tot in lengte der dagen regulier laten behandelen? In het eerste geval zou alternatieve zorg de totale medische consumptie doen groeien, dus een 'aanzuigende werking' hebben; in het laatste geval zou van substitutie sprake zijn.

Een vierde probleem betreft de onvergelijkbaarheid van groepen. Indien alternatief en regulier werkende hulpverleners met elkaar worden vergeleken - bijvoorbeeld wat betreft de hoogte van hun verwijscijfers - dan bestaat de mogelijkheid dat een eventueel verschil volledig wordt veroorzaakt door verschillen in de patiëntenpopulaties van beide groepen.

Niet altijd heeft een verandering in de patiëntenstromen kostengevolgen. Als patiënten die een alternatieve therapeut bezoeken bijvoorbeeld minder frequent bij de huisarts komen, zijn de effecten daarvan niet in termen van geld uit te drukken. De huisarts wordt immers, wat de ziekenfondsverzekeren betreft, per abonnement betaald, ongeacht de vraag hoe vaak de patiënten hem bezoeken. Ook indien de kosten van een alternatieve behandeling volledig door de patiënt zelf worden betaald, is van een verandering in de collectieve kosten geen sprake.

Wèl optredende kostengevolgen van het gebruik van alternatieve geneeswijzen zijn zeer moeilijk, zo niet onmogelijk, vast te stellen. Kostengevolgen voor de reguliere sector van de gezondheidszorg en voor de sociale verzekeringen zijn zonder vooronderstellingen over motieven van patiënten om alternatieve hulp in te roepen, over de omvang van het gebruik van reguliere zorg door alternatief behandelde patiënten en over het effect van de alternatieve behandeling op de (ervaren) gezondheid van de patiënt, niet te berekenen (Bergeijk en Schut, 1983). Als de meest 'ernstige' patiënten van alternatieve zorg gebruik maken (en niet langer van reguliere zorg), dan zullen de kostengevolgen worden onderschat als van de 'gemiddelde kosten' van de reguliere en de alternatieve sector gebruik wordt gemaakt.

Bovendien kan het gebruik van alternatieve geneeswijzen leiden tot een (onvoorspelbare) verandering in het ziektegedrag van de patiënt, die ofwel kosten met zich meebrengt (de patiënt blijft zoeken naar een oplossing van de klacht) of die kosten bespaart (de patiënt leert eigen verantwoordelijkheid te nemen voor zijn gezondheid).

Kostenconsequenties van alternatieve consumptie zijn, tenslotte, moeilijk te bepalen omdat het effect van alternatieve geneeswijzen zich ver in de toekomst kan voordoen.

Zijn de methodologische problemen van substitutie-onderzoek op het gebied van alternatieve geneeswijzen hiermee in grote lijnen geschetst, de vraag doet zich voor wat de consequenties daarvan zijn voor onderzoek dat zich, zoals voorgesteld, beperkt tot onderzoek naar een aantal geselecteerde aspecten. Hieronder wordt, voor elk van de in paragraaf 3.3.2 genoemde deelaspecten, aangegeven welke problemen zich bij onderzoek voordoen en in hoeverre die zijn te overwinnen.

Onderzoek naar de *omvang van de alternatieve zorg* zal niet volledig kunnen zijn door de ontoegankelijkheid van de groep van niet-georganiseerden. Onderzoek naar de omvang van de groep georganiseerde hulpverleners is echter zeker haalbaar, mits vooraf het te onderzoeken veld nauwkeurig wordt gedefinieerd.

In beginsel kan de *vraag naar alternatieve geneeswijzen* worden vastgesteld via bevolkingsenquêtes en door gebruik te maken van bij ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars aanwezige cijfers. Deze laatste cijfers bestrijken echter slechts een deel van de consumptie (namelijk voorzover deze als alternatieve hulp door de betreffende verzekeraar wordt geregistreerd) en laten de niet-gerealiseerde vraag buiten beschouwing. Bij gebruik van bevolkingsenquêtes worden beide beperkingen ondervangen, echter ten koste van de betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens.

Onderzoek naar de *achtergronden van patiënten die gebruik maken van alternatieve zorg* heeft nog geen specifieke kenmerken opgeleverd. Van betekenis zou onderzoek kunnen zijn dat meer aandacht schenkt aan opvattingen over ziekte en gezondheid bij patiënten die van alternatieve zorg gebruik maken en van patiënten die dat niet doen.

Bij onderzoek naar de *klachten waarmee patiënten een alternatieve therapeut bezoeken* speelt de verscheidenheid van de alternatieve wereld een belemmerende rol. Problemen die worden voorgelegd aan een manueel therapeut zijn zeer verschillend van de problemen waarvoor de hulp van een acupuncturist wordt ingeroepen (Visser, 1988). Bij onderzoek rond dit aspect zal dus vooraf een beperkt aantal geneeswijzen geselecteerd moeten worden. De ernst van de aandoening zal moeten worden vastgesteld door de therapeut, de eventueel verwijzende reguliere hulpverlener of de patiënt zelf, waardoor meestal sprake zal zijn van een subjectief oordeel.

Bij onderzoek naar het *gebruik van reguliere zorg door alternatief behandelde patiënten* moet rekening gehouden worden met mogelijke verschillen (in aard, duur en ernst van de klachten) tussen bezoekers en niet-bezoekers van alternatieve therapeuten.

Het grootste probleem bij onderzoek naar de *samenwerking tussen reguliere en alternatieve zorg* is de verscheidenheid van de alternatieve wereld. Nog afgezien van verschillen tussen reguliere hulpverleners in hun beoordeling van

alternatieve geneeswijzen, zal de waardering door het reguliere veld van geneeswijze tot geneeswijze variëren, mede afhankelijk van de achtergrond (regulier opgeleid of niet) van degene die de geneeswijze toepast. Onderzoek zal dan ook niet het hele terrein kunnen omvatten. Daar komt bij dat huisartsen en hun organisaties niet genegen zijn met anderen in een samenwerkingsproject te participeren dan met artsen en eventueel andere regulier opgeleiden.

Onderzoek naar *het verwijsgedrag van alternatief werkende huisartsen* is in principe mogelijk, mits bij een vergelijking met regulier werkende collega's gecorrigeerd wordt voor mogelijke verschillen in de samenstelling van de praktijk. Ook moet de plaats van alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk (gaat het om het incidenteel toepassen van een alternatieve geneeswijze, of wordt uitsluitend of overwegend alternatief gewerkt) bij de vergelijking worden betrokken.

Ook onderzoek naar *het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten* is omvangrijk door de grote verscheidenheid van de alternatieve wereld. Wordt voor een beperkt aantal geneeswijzen gekozen, dan is het echter zeker haalbaar.

Informatie over de 'zorgroute' van patiënten is bij ziektekostenverzekeraars aanwezig (althans voorzover het gaat om te vergoeden hulp), maar informatie over de *motieven van patiënten om een beroep te doen op alternatieve hulp* (of om deze weer te beëindigen) niet. Deze informatie kan bij patiënten zelf worden verzameld, hetzij retrospectief, hetzij in een longitudinaal onderzoek, waarbij een groep patiënten gedurende langere tijd wordt gevolgd. Laatstgenoemd onderzoek geeft de meest betrouwbare resultaten, maar vergt een lange tijd en is daarom kostbaar. Ook zou het tot een klein aantal alternatieve geneeswijzen beperkt moeten blijven.

Onderzoek naar *tevredenheid van patiënten met de verleende zorg* komt al snel tot de conclusie dat de patiënt 'tevreden' is over zijn hulpverlener. Het geven van absolute cijfers is dan ook weinig zinvol. Wel is het mogelijk om enerzijds tevredenheid over verschillende aspecten van de alternatieve hulp (effect, aandacht, kosten en dergelijke) met elkaar te vergelijken en anderzijds tevredenheid over de verkregen alternatieve en reguliere hulp (voor zover mensen van beide gebruik maken of hebben gemaakt). Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat tevredenheid met de behandeling in de tijd kan veranderen (aanvankelijke tevredenheid kan omslaan in ontevredenheid als een ingezette verbetering niet doorzet; of ontevredenheid met het uitblijven van direct resultaat kan omslaan in tevredenheid als de klachten op den duur toch minder worden). Ook bij onderzoek rond dit aspect zal vooraf een aantal alternatieve geneeswijzen geselecteerd moeten worden.

Het vaststellen van mogelijke *gedragsverandering als gevolg van alternatieve behandeling* stuit op enkele problemen. In de eerste plaats is de relatie tussen 'gezond' gedrag en gezondheid omstreken. Voorzover dat niet, of in mindere mate het geval is (zoals bij roken en het gebruik van sterke drank), bestaat het gevaar dat sociaal-wenselijke antwoorden worden gegeven. Daar komt het probleem van de causaliteit bij: hoe kan aannemelijk worden gemaakt dat eventuele optredende veranderingen het gevolg zijn van de alternatieve behandeling?

Alomvattend onderzoek naar de *effectiviteit van een alternatieve behandeling* (in relatie tot de effectiviteit van een reguliere behandeling) is door de grote verscheidenheid aan behandelwijzen onuitvoerbaar. Veeleer moet gezocht worden (en wordt ook gezocht) naar het effect van één bepaalde geneeswijze bij één bepaalde klacht. De vraag of daarbij van een 'aangepaste' methodologie moet worden uitgegaan is volop in discussie (zie Bouter, 1989; Aakster, 1989; NRV, 1990).

Maatregelen met het oog op de *kwaliteitsbewaking in de alternatieve zorg* kunnen worden geïnventariseerd door een ronde te houden langs de verschillende beroepsorganisaties.

Alomvattend onderzoek naar de *kosten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen* (inclusief de gevolgen voor andere sectoren van zorg en voor de patiënt) is gezien de hierboven genoemde methodologische problemen onmogelijk uit te voeren. Haalbaar is onderzoek naar de kosten die opname van alternatieve geneeswijzen in het verzekeringspakket voor de betrokken ziektekostenverzekeraar met zich meebrengt. Een substituerend effect zou gemeten kunnen worden door de reguliere consumptie van verzekerden die van de 'alternatieve' mogelijkheid gebruik maken, te vergelijken met die van verzekerden die dat niet doen. In een patiëntenenquête kunnen de kosten van reguliere en alternatieve zorg voor de patiënt worden opgenomen.

De plaats van de alternatieve geneeswijzen in de ziektekostenverzekeringen is vrij eenvoudig te inventariseren. Wel moet er rekening mee gehouden worden dat de voorwaarden waaronder alternatieve behandelingen worden vergoed, kunnen veranderen als gevolg van de voorgenomen stelselherziening.

3.3.4. Conclusie

Substitutie van reguliere door alternatieve zorg is het proces waarbij een toenemend gebruik van alternatieve zorg leidt tot een afnemend gebruik van reguliere zorg, zonder dat daarbij sprake is van een bewuste sturing; de (vervangende) alternatieve zorg richt zich daarbij in principe op dezelfde populatie als de (te vervangen) reguliere zorg en vervult voor deze populatie een zelfde of vergelijkbare functie.

Onderzoek op dit terrein dient zich bezig te houden met de vraag of dit proces zich in de praktijk ook zo voltrekt, en wat daarvan de effecten zijn in termen van het gebruik van voorzieningen, de kwaliteit van de geboden zorg en de kosten van de totale zorgverlening. Uitgaande van de gedachte dat één alomvattend substitutie-onderzoek niet mogelijk is, kunnen enkele onderwerpen voor deelonderzoeken rond deze drie thema's worden genoemd:

- de omvang van de alternatieve zorg
- de vraag naar alternatieve geneeswijzen
- de achtergronden van patiënten die gebruik maken van alternatieve zorg
- de klachten waarmee patiënten een alternatieve therapeut bezoeken
- het gebruik van reguliere zorg door alternatief behandelde patiënten
- samenwerking tussen reguliere en alternatieve zorg
- het verwijsgedrag van alternatief werkende huisartsen
- het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten
- de motieven van patiënten om een beroep te doen op alternatieve hulp
- tevredenheid van patiënten met de verleende zorg
- gedragsverandering als gevolg van alternatieve behandeling
- de effectiviteit van alternatieve behandeling
- kwaliteitsbewaking in de alternatieve zorg
- de kosten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen
- de plaats van de alternatieve geneeswijzen in de ziektekostenverzekeringen

Onderzoek naar substitutie-effecten van alternatieve geneeswijzen stuit op een aantal methodologische problemen, zoals de grote verscheidenheid binnen het alternatieve veld,

de gebrekkige informatie over vraag naar en aanbod aan alternatieve geneeswijzen, verschillen tussen bezoekers en niet-bezoekers van alternatieve therapeuten en problemen die samenhangen met het berekenen van de kostengevolgen van het gebruik.

Afgezien van onderzoek naar de kostengevolgen, is onderzoek naar de genoemde deelaspecten over het algemeen haalbaar, zij het dat dat in de meeste gevallen niet grootschalig kan worden opgezet: veelal zal het beperkt blijven tot onderzoek rond een klein aantal alternatieve geneeswijzen.

Alvorens op de genoemde onderwerpen concrete onderzoeksvorstellen te formuleren, wordt in het volgende hoofdstuk eerst een beeld geschetst van recent afgesloten of nog lopend Nederlands onderzoek op het gebied van alternatieve geneeswijzen.

4. RECENT AFGESLOTEN EN LOPEND NEDERLANDS ONDERZOEK OP HET GEBIED VAN ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

In de vorige hoofdstukken is een beschrijving gegeven van de plaats van de alternatieve geneeswijzen in de Nederlandse gezondheidszorg en is aangegeven wat verstaan moet worden onder een mogelijk substitutie-effect van het gebruik van alternatieve geneeswijzen. Vervolgens zijn drie vragen voor onderzoek naar substitutie geformuleerd, namelijk die welke betrekking hebben op het gebruik van voorzieningen, op de kwaliteit van de geboden zorg en op de kosten van de totale zorgverlening. Tenslotte zijn enkele aspecten genoemd die bij de beantwoording van deze vragen van belang zijn.

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van afgesloten en lopend onderzoek op het gebied van alternatieve geneeswijzen. In vier paragrafen wordt achtereenvolgens ingegaan op:

- onderzoek naar het gebruik van alternatieve zorg
- onderzoek naar de kwaliteit van alternatieve zorg
- onderzoek naar de kosten van alternatieve zorg

Binnen deze drie thema's wordt het onderzoek gegroepeerd aan de hand van de in het vorige hoofdstuk genoemde aspecten. Vanzelfsprekend komt in sommige onderzoeken meer dan één aspect aan de orde. In dat geval wordt het onderzoek meer dan één keer genoemd of staat het gerangschikt onder dat aspect dat het meest nadruk krijgt.

4.1. Onderzoek naar het gebruik van alternatieve zorg

Onderzoek naar het gebruik van alternatieve zorg heeft betrekking op de omvang van de alternatieve zorg, de vraag naar alternatieve geneeswijzen, achtergronden van patiënten die gebruik maken van alternatieve zorg, de klachten waarmee patiënten een alternatieve therapeut bezoeken, het gebruik van reguliere zorg door alternatief behandelde patiënten, de samenwerking tussen reguliere en alternatieve zorg en het verwijsgedrag van alternatief werkende huisartsen.

Over de *omvang* van de alternatieve zorg (vgl. par. 2.5):

- onderzoek in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, bestaande uit een inventariserend onderzoek onder de beroepsorganisaties

van alternatieve therapeuten (Maassen van den Brink en Vorst, 1986) en een studie naar de kwantitatieve betekenis van alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig (Maassen van den Brink, 1987). De resultaten zijn gebaseerd op schriftelijke vragenlijsten onder organisaties van alternatieve therapeuten. Aan de orde komen de organisatie van het beroep, de opleiding, scholing en bijscholing, de kwaliteit van de beroepsuitoefening, relaties met de reguliere gezondheidszorg, patiëntenregistratie, beroepsactiviteiten, afgrenzing van het beroep, relaties met patiënten en financiële aspecten. Het tweede deel geeft cijfers over de omvang van de geneeswijzen (aantallen therapeuten en patiëntencontacten).

Over de *vraag* naar alternatieve zorg (vgl. par. 2.1):

- publikaties van het CBS op grond van gegevens uit de jaarlijkse Gezondheidsenquête, waarin opgenomen vragen over het bezoek aan alternatieve therapeuten (Van Sonsbeek, 1983; Van Sonsbeek 1984; Van Sonsbeek, 1986; Van Sonsbeek, 1988; Swinkels, 1991). De cijfers wijzen op een groei in het gebruik gedurende de jaren tachtig, vooral door een groeiend aantal alternatief werkzame huisartsen.

Over de *achtergronden* van patiënten (vgl. par. 2.2):

- onderzoek onder bezoekers van alternatieve therapeuten en bezoekers van medisch specialisten (Ooijendijk e.a., 1980; Limberger e.a., 1981). Onder bezoekers van alternatieve therapeuten bevinden zich minder bejaarden en meer hoger opgeleiden dan onder bezoekers van specialisten.
- onderzoek naar kenmerken van patiënten die het Moerman-dieet gebruiken (Brunschot e.a., 1984). Patiënten signaleren een gebrek aan informatie van de kant van medisch specialisten, zijn 'kwetsbaar' en geneigd actief of impulsief met problemen om te gaan.
- onderzoek naar het gebruik van alternatieve geneeswijzen in de provincie Zeeland (Spanje en Zuilhof, 1985). In Zeeland is de vraag groter dan elders, maar het aanbod niet. Als verklarende variabelen worden de godsdienst en de ervaren gezondheidstoestand genoemd.
- uit de al genoemde publikaties van het CBS (Van Sonsbeek, 1988) blijken vrouwen, mensen van 30 tot 60 jaar, particulier verzekerden en personen met een voortgezette en hogere opleiding onder de bezoekers iets oververtegenwoordigd te zijn. Vooral personen met langdurige aandoeningen of een minder goede gezondheid raadplegen relatief vaak een alternatieve therapeut.
- onderzoek naar de omvang en achtergronden van het gebruik van alternatieve kankertherapieën. Onderzoek onder poliklinische patiënten in een aantal Noordhollandse ziekenhuizen (Van der Zouwe, proefschrift, afgerond, verschijnt in september 1991).

Over de *klachten* van patiënten (vgl. par. 2.2):

- in de onderzoeken van Ooijendijk e.a. (1980) en Van Sonsbeek (1988) worden klachten van het bewegingsapparaat, spanningsklachten, moeheid en pijn genoemd als klachten waarmee alternatieve therapeuten worden bezocht;
- onderzoek onder patiënten in veertien huisartspraktijken kwam tot de conclusie dat vooral klachten van het bewegingsapparaat aanleiding waren voor een bezoek aan een alternatieve therapeut. Daarnaast werden genoemd: klachten van het zenuwstelsel, klachten van psychische aard en maag/darmklachten (Visser, 1988).

Over het gebruik van *reguliere zorg* door alternatief behandelde patiënten (vgl. par. 2.4):

- de genoemde publikaties van het CBS (Van Sonsbeek, 1988), Ooijendijk e.a. (1980) en Visser (1988) en ook die van Groen (1982) over cystic fibrosis patiënten kwamen tot de conclusie dat bezoekers van alternatieve therapeuten in grotere getale de huisarts bezoeken dan niet bezoekers.

Over de *samenwerking* van reguliere en alternatieve hulpverleners:

- onderzoek naar de plaats van alternatieve geneeswijzen in huisartspraktijken in Haarlem (Rogmans, 1985). Integratie van alternatieve geneeswijzen in het denken en handelen van de huisartsen is groot.
- onderzoek naar verwijzingen door huisartsen naar manueel therapeuten (Koes, 1986; Koes en Bouter, 1986). Meer dan de helft van de geëquipeerde huisartsen verwijst voor manuele therapie. Huisartsen die dat niet doen zeggen onbekend te zijn met het indicatiegebied.
- haalbaarheidsonderzoek naar op te zetten experimenten van samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten (Kuindersma en Peters, 1988; Peters, 1989). Landelijke (koepel)organisaties van hulpverleners en patiënten en ziektekostenverzekeraars zijn bereid aan een dergelijk experiment mee te doen, zij het onder bepaalde voorwaarden. De belangrijkste daarvan is dat de deelnemende alternatieve therapeuten een reguliere opleiding moeten hebben.
- onderzoek naar de rol van de huisarts ten aanzien van alternatieve geneeswijzen (Visser, 1988; Visser, 1988a; Visser, 1989a). Onderzocht zijn meningen en ervaringen van huisartsen en patiënten. Huisartsen beperken de contacten in hoofdzaak tot regulier opgeleide alternatieve therapeuten die manuele therapie, acupunctuur of homeopathie toepassen. Als patiënten paranormale genezers bezoeken gebeurt dat veelal buiten de huisarts om.
- onderzoek naar de mening van huisartsen over de effectiviteit van speci-

fieke alternatieve geneeswijzen bij specifieke aandoeningen (Knipschild e.a., 1990). Veel huisartsen geloven in de effectiviteit van populaire alternatieve geneeswijzen (vooral acupunctuur, homeopathie, manuele therapie, yoga).

- onderzoek naar de rol van reumatologen ten aanzien van alternatieve geneeswijzen (Visser, 1989; Visser e.a., 1990). Onderzocht zijn meningen en ervaringen van reumatologen en patiënten. De acceptatie van alternatieve geneeswijzen onder reumatologen is lager dan onder huisartsen; ook hun feitelijke betrokkenheid is geringer. Patiënten zoeken hulp bij een alternatieve therapeut bij uitblijvend resultaat van de reguliere hulp.
- experiment van samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten (Nivel; Iopend). Huisartsen en therapeuten werken op twee plaatsen in Nederland met elkaar samen volgens een door het Nivel opgesteld protocol.
- onderzoek naar de samenwerking van reguliere en alternatieve zorg in Lelystad (Aakster, 1991). Contacten beperken zich tot een vaste kring van voornamelijk huisartsen en betreffen zowel passieve als actieve verwijzingen. De samenwerking binnen het alternatieve veld is zeer gering.

Zijdelings op samenwerking betrekking hebbend is het

- onderzoek naar de plaats van alternatieve geneeswijzen in de gezondheidszorgopleidingen (Lington e.a., 1987). Binnen de (huisartsen)opleidingen wordt weinig aandacht aan alternatieve geneeswijzen besteed.

Over het (*verwijs*)gedrag van alternatief werkende huisartsen (vgl. par. 2.4):

- onderzoek op basis van ziekenfondsgegevens naar verschillen in consumptie (verwijskaarten, opnames en verpleegdagen) bij 163 reguliere en 163 alternatieve huisartsen (VNZ, 1988); alternatieve huisartsen waren gematched aan reguliere huisartsen onder constanthouding van een aantal persoons- en praktijkgebonden kenmerken. Met uitzondering van antroposofische huisartsen bleken alternatieve huisartsen patiënten iets vaker naar een specialist te verwijzen dan reguliere huisartsen.
- onderzoek op basis van ziekenfondsgegevens naar het voorschrijven van alternatieve middelen in negentig huisartspraktijken in het werkgebied van het voormalige ziekenfonds Zwolle (Post, 1990). Huisartsen die veel alternatieve middelen voorschrijven, schrijven ook veel allopathische middelen voor; van een substitutie tussen het voorschrijven van reguliere medicatie en alternatieve middelen is geen sprake.

4.2. Onderzoek naar de kwaliteit van alternatieve zorg

Relevante aspecten binnen dit thema zijn: het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten, de motieven van patiënten om een beroep te doen op

alternatieve hulp, de tevredenheid van patiënten met de verleende alternatieve zorg, gedragsverandering als gevolg van alternatieve behandeling, de effectiviteit van alternatieve behandeling en kwaliteitsbewaking in de alternatieve zorg.

Over het *feitelijk handelen* van alternatieve therapeuten:

- het genoemde onderzoek van Maassen van der Brink (1986; 1987).
- enquête onder ruim driehonderd natuurgenezers en homeopaten (artsen en niet-artsen) (Saecenregt e.a., 1987). De meeste respondenten zijn tevreden over het aanbod aan natuur- of homeopathische middelen. Klachten betreffen vooral de levertijd.
- onderzoek naar de vraag of het inschakelen van een paranormaal genezer een verbetering inhoudt van het reeds beschikbare arsenaal aan behandelmethoden van chronische patiënten. Het onderzoek wordt uitgevoerd in de praktijken van drie paranormale genezers (Parapsychologisch Instituut; lopend).
- onderzoek van de Geneeskundige Hoofdinspectie naar het handelen van acupuncturisten (niet gepubliceerd).

Over de *motieven* van patiënten (vgl. par. 2.3):

- onderzoek onder ruim vijftig patiënten van paranormale genezers, natuurartsen en acupuncturisten, leidend tot de indeling in 'gefrustreerden', 'pragmatici' en 'principiëlen' (Aakster, 1975).
- de reeds genoemde onderzoeken van Ooijendijk e.a. (1980), Van Sonsbeek (1988) en Visser (1988). Een belangrijke reden voor een bezoek aan een alternatieve therapeut is 'het wel eens te willen proberen', dikwijls omdat reguliere hulp niet voldoende resultaat heeft opgeleverd.
- onderzoek naar meningen en ervaringen van patiënten met natuurgeneeskundigen (Lagendijk Opinieonderzoek, 1980). Bijna de helft van de geënquêteerde bezoekers van alternatieve therapeuten zei een bezoek te brengen 'omdat met niet verder kwam met een arts'.
- onderzoek naar de motieven van patiënten om een bezoek te brengen aan een paranormale genezer (Kostense, 1987). Vooral dan wordt een bezoek gebracht als de huisarts instrumenteel en informatief tekort schiet en frustraties daarover leiden tot irritaties (diffuse tekorten).

Over de *tevredenheid* van patiënten:

- uit het onderzoek van Ooijendijk e.a. (1980) blijkt een positief oordeel over zowel de specialist als de alternatieve therapeut.
- onderzoek onder patiënten met cystic fibrosis (taai slijmziekte)(Groen, 1982). Veel patiënten bezoeken een alternatieve therapeut, maar het beleefde effect is beperkt. Tevredenheid met de medisch specialist is

groter dan die met de alternatieve therapeut.

- onderzoek naar ervaringen van bezoekers van alternatieve therapeuten (Consumentenbond, 1987). Ruim driekwart van de geënquêteerden was positief over de behandeling.
- onderzoek naar ervaringen en tevredenheid van gebruikers van alternatieve geneeswijzen in de regio Nijmegen (Fleuren en Schouwink, 1988). Tevredenheid met de kosten en met het resultaat van de behandeling blijkt relatief gering te zijn. In aansluiting hierop is gepubliceerd over determinanten van tevredenheid (Fleuren e.a. 1990). Deze wordt voor het grootste deel bepaald door discrepantie tussen verwachtingen en resultaat; ook de algemene gezondheidstoestand heeft een rechtstreekse invloed op de tevredenheid.
- onderzoek onder patiënten na een behandeling met chiropraxie (Daams en Piercy, 1989). Ruim 70% van de 315 respondenten op een schriftelijke enquête geeft aan voor meer dan driekwart te verbeteren.
- uit het reeds genoemde onderzoek onder reumapatiënten (Visser, 1990) blijkt de tevredenheid met de reumatoloog na afloop van de elders uitgevoerde alternatieve behandeling toch groter te zijn dan die met de alternatieve therapeut.

Over *gedragsverandering* van patiënten als gevolg van alternatieve behandeling is geen onderzoek bekend.

Over de *effectiviteit* van alternatieve behandeling:

- onderzoek naar het effect van paranormale geneeswijze op hypertensie (afgerond; zie Attevelt, 1988). Een klein, maar significant effect wordt aangetoond, dat voor twee derde verklaard wordt door psychologische factoren en voor een derde door de 'psi-factor'.
- onderzoek naar de effectiviteit van homeopathische geneesmiddelen bij recidiverende bovenste luchtweginfecties bij jonge kinderen (lopend).
- onderzoek naar het effect van iscador op het immuunsysteem bij kankerpatiënten (lopend).
- inventarisatie van bestaande publikaties over nationaal en internationaal effectonderzoek op het gebied van verschillende alternatieve geneeswijzen (afgesloten is onderzoek op het gebied van de manuele therapie, acupunctuur, homeopathie en enkele andere geneeswijzen; zie o.a. Ter Riet e.a., 1988; Kleijnen e.a., 1991).
- onderzoek naar het effect van manuele therapie bij mensen met a-specifieke nek- en rugklachten (afgesloten; nog niet gepubliceerd).
- onderzoek naar de werkzaamheid van orthomanuele geneeskunde. Bij bijna tweederde van de met orthomanipulatie behandelde patiënten trad een verbetering op van de somatische klachten; bij ruim eenderde verbe-

terde de geestelijke gesteldheid (Albers en Keizer, 1990).

- retrospectief inventariserend onderzoek naar de waarde van de Moermantherapie (verschijnt binnenkort).
- haalbaarheidsstudie naar mogelijk onderzoek naar het effect van de antroposofische behandeling van hypertensie. In een hoofdonderzoek zou het 'effect van de antroposofische elementen in de therapeutische relatie tussen arts en patiënt' centraal moeten staan.
- inventariserend onderzoek naar het vóórkomen van rachitis in praktijken van antroposofische huisartsen (lopend).
- effect van homeopathische behandeling van proctocolitis (stopgezet vanwege de geringe instroom van patiënten, mede als gevolg van de geringe bereidheid van reguliere huisartsen om mee te doen).
- inventariserend onderzoek naar de waarde van chiropraxie (lopend).
- onderzoek naar de effectiviteit van paranormale behandeling bij reuma (lopend).

Bovenstaande twaalf projecten zijn geciteerd uit het door van Elst (1990) opgestelde verslag ten behoeve van een evaluatie van het onderzoekbeleid met betrekking tot alternatieve geneeswijzen. Deze projecten werden tussen 1986 en 1990 gefinancierd uit de AWBZ, waartoe gedurende die jaren jaarlijks een bedrag van een miljoen gulden beschikbaar was. (Een dertiende door Van Elst besproken project, de instelling van het Transferpunt voor alternatieve geneeswijzen, is feitelijk geen onderzoeksproject).

Andere recente onderzoeken naar het effect van alternatieve geneeswijzen zijn (zonder pretentie van volledigheid):

- onderzoek naar het effect van badkuurbehandeling bij patiënten met reumatoïde arthritis (Steiner e.a. 1979). Er konden geen objectieve verbeteringen bij patiënten worden aangetoond, wel werden subjectieve klachten tijdelijk minder.
- retrospectief onderzoek naar de positieve resultaten van de behandeling met homeopathie en acupunctuur (Stiphout en Verheggen, 1980). Gegevens werden retrospectief bij patiënten verzameld.
- onderzoek naar de effectiviteit van behandeling met homeopathische en fytotherapeutische middelen (Aakster, 1982). Het resultaat van behandeling is het gevolg van een complex van factoren, waarvan de homeopathische of fytotherapeutische behandeling er slechts één is.
- onderzoek naar het effect van rheumajecta en vasolastine bij patiënten met reumatische aandoeningen (Jacobs, 1990). Van de toepassing van rheumajecta en vasolastine mag niet meer effect worden verwacht dan van placebo.
- in het Centrum voor Geïntegreerde Geneeswijzen in Winterswijk wordt, naast onderzoek rond samenwerking en medische consumptie, onderzoek

voorbereid naar het effect van alternatieve geneeswijzen (acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeswijze en neuuraaltherapie) bij de behandeling van onbegrepen buikklasten, migraine, lage rugpijn en perifere doorbloedingsstoornissen.

Specifiek gericht op de effectiviteit van alternatieve diagnostiekmethoden zijn de volgende twee onderzoeken:

- onderzoek naar de waarde van iriscopie (Knipschild, 1986). De kans op een juiste diagnose bij patiënten met een galblaasaandoening bleek gelijk aan het toeval.
- onderzoek naar de waarde van electroacupunctuur volgens Voll (Klein Breteler en Schipperheyne, 1990). De diagnostische waarde bij patiënten met hartaandoeningen bleek nihil.

Over *kwaliteitsbewaking* in de alternatieve zorg:

- onderzoek onder een aantal beroepsorganisaties naar opleidingen, beroepscodes en gedragsregels (NRV, 1990). Het belang van een systeem van beroepscodes en gedragsregels wordt vrijwel algemeen erkend. Het merendeel van de organisaties heeft dergelijke codes reeds ontwikkeld, vrijwel altijd met inbegrip van sanctie maatregelen.

4.3. Onderzoek naar de kosten van alternatieve zorg

Relevante aspecten binnen dit thema zijn de kosten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen en de plaats van alternatieve geneeswijzen in de ziektekostenverzekeringen.

Over de *kosten* van het gebruik (vgl. par. 2.7):

- in de onderzoeken van Ooijendijk e.a. (1980) en Maassen van den Brink (1987) worden bedragen genoemd van 175 tot 200 miljoen, respectievelijk 400 tot 600 miljoen gulden per jaar.
- Aakster (1982) berekent dat het gebruik van alternatieve geneeswijzen een besparing van 1,3 miljard gulden oplevert.
- onderzoek naar de gevolgen van opname van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket (Bergeijk en Schut, 1983). Onder aannahme van een aantal vooronderstellingen met betrekking tot het gebruik en de effectiviteit van alternatieve geneeswijzen wordt geconcludeerd dat opname daarvan in het ziekenfondspakket zal leiden tot een kostenverhoging van 105 tot 130 miljoen gulden voor het eerste jaar waarin de kosten van alternatieve medische behandelingen worden vergoed.

Over de *ziektekostenverzekeringen* (vgl. par 2.6):

- publikaties over de aanwezigheid van alternatieve geneeswijzen in de pakketten van de aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen en de (aanvullende verzekeringen van) particuliere ziektekostenverzekeraars (Consumentenbond, 1987a; Kuindersma en Peters, 1988; Schildmeijer, 1990). Vrijwel alle ziektekostenverzekeraars hebben alternatieve geneeswijzen in de (aanvullende) pakketten opgenomen, zij het onder voorwaarden wat betreft de achtergrond van de therapeut en de duur van de behandeling.

4.4. Conclusie

Nederlands onderzoek naar het *aanbod* aan alternatieve geneeswijzen is uitgevoerd onder organisaties, waardoor ongeorganiseerde alternatieve therapeuten buiten beschouwing zijn gebleven. Doordat de aantallen leden van de organisaties bij elkaar zijn opgeteld, bestaat ook het gevaar van dubbeltellingen en daardoor van een overschatting van het aantal therapeuten. Onderzoek naar de *vraag* wordt door het CBS uitgevoerd. Daarbij komt echter alleen de gerealiseerde vraag aan de orde; de omvang van de niet-gerealiseerde vraag (namelijk bij die patiënten die gebruik zouden willen maken van alternatieve geneeswijzen, maar dat om uiteenlopende redenen niet doen) is niet bekend. De *achtergrondkenmerken* van patiënten en de *klachten* waarmee alternatieve therapeuten worden bezocht, komen in verschillende onderzoeken (onder meer die van het CBS) aan de orde, zij het dat informatie over de (ervaren) ernst van de klacht veelal ontbreekt. Over het *gebruik van reguliere zorg* door patiënten van alternatieve therapeuten zijn de meest recente cijfers te vinden in de publikaties op grond van de Gezondheidsenquête van het CBS. Er zijn zeker geen aanwijzingen dat deze patiënten minder reguliere zorg zouden gebruiken dan patiënten die uitsluitend van reguliere zorg gebruik maken; over de motieven om de overgang naar het alternatieve veld te maken (en weer terug) is echter minder bekend. Onderzoek naar *samenwerking* tussen alternatieven en regulieren wordt door Van Elst een belangrijke lacune in het onderzoek genoemd. Dat is in zoverre verwonderlijk dat zeker op het gebied van de samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten wel het een en ander bekend is. Onderzoek richt zich echter vooral op de samenwerking tussen huisartsen enerzijds en beoefenaars van door hen geaccepteerde geneeswijzen (i.c. artsen en fysiotherapeuten) anderzijds. Er is minder onderzoek naar de raakvlakken van reguliere zorg en bijvoorbeeld paranormale geneeswijzen en naar de (on)mogelijkheden van verdere samenwerking op dat gebied (het lopend onderzoek van het Parapsychologisch Instituut kan in die lacune voorzien). Ook is er,

afgezien van het onderzoek onder reumatologen, weinig bekend over de raakvlakken van specialistische zorg en alternatieve zorg. Het *verwijsgedrag van alternatieve huisartsen* is onderwerp van de studie van de VNZ. De summiere rapportage roept echter veel vragen op over de gevolgde procedure - in het bijzonder over de gevolgde matching-procedure - en daarmee over de waarde van de gevonden resultaten.

Afgezien van het in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid uitgevoerde inventarisatieonderzoek, dat gegevens biedt op het niveau van de organisaties, is onderzoek naar het *feitelijk handelen* van individuele alternatieve therapeuten vrijwel afwezig; een voorbeeld van dergelijk onderzoek (dat echter nog gaande is) is het genoemde onderzoek van het Parapsychologisch Instituut. Het lopende samenwerkingsexperiment van het Nivel zal gegevens opleveren, maar deze zullen beperkt zijn tot regulier opgeleide alternatieve therapeuten. Onderzoek naar *motieven* van patiënten heeft vrijwel uitsluitend betrekking op de beweegredenen voor een eerste bezoek aan een alternatieve therapeut. Dat veel alternatieve consumptie gelijktijdig met reguliere consumptie plaatsvindt is bekend. Er is geen onderzoek waarin de 'loopbaan' van patiënten door het gezondheidszorgcircuit, en daarin vooral de overstappen van regulier naar alternatief en terug, in kaart wordt gebracht. Ook is weinig bekend over de netwerken van patiënten die alternatieve therapeuten bezoeken. Onderzoek naar *gedragsverandering* bij patiënten stuit op het belangrijke methodologische probleem dat een mogelijk verband tussen zoets als 'leefstijl' en medische consumptie twee kanten op kan gaan. Enerzijds kan de leefstijl de keuze voor een alternatieve behandeling bepalen; anderzijds kan de alternatieve behandeling van invloed zijn op de leefstijl bijvoorbeeld doordat de patiënt bepaalde door de therapeut gegeven adviezen gaat opvolgen. Op deze gebieden ontbreken resultaten van onderzoek.

Er is vrij veel onderzoek verricht naar het *effect* van alternatieve geneeswijzen. De bijdrage van de door Van Elst geëvalueerde onderzoeken aan kennis omtrent de effectiviteit van alternatieve geneeswijzen wordt echter 'gering' genoemd (Van Elst, 1990). Het effect-onderzoek is, afgezien van het literatuuronderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg, beperkt tot de werkzaamheid van een specifieke alternatieve geneeswijze bij een specifieke indicatie, waardoor, in de woorden van Van Elst 'er meer niet is onderzocht dan wel'. Als een belangrijke lacune wordt genoemd het onderzoek naar placebo-effecten binnen de alternatieve geneeswijzen.

Onderzoek naar het al dan niet voorkomen van *kwaliteitsbewakende* maatregelen en procedures binnen de alternatieve beroepsorganisaties is door de NRV verricht, maar op de inhoud van bestaande regels wordt in de rapportage niet ingegaan.

Enig onderzoek is verricht naar de *kostengevolgen* van het gebruik van alternatieve geneeswijzen. Probleem is dat deze berekening niet gemaakt kan worden zonder een aantal vooronderstellingen over het gebruik en het effect van alternatieve geneeswijzen (hetgeen de verschillen in uitkomsten van de twee genoemde onderzoeken verklaart).

Oorspronkelijk had het onderhavige onderzoek ook tot doel een beeld te geven van de *verzekerbaarheid* van alternatieve geneeswijzen. Dat doel bleek in zoverre achterhaald dat alternatieve geneeswijzen inmiddels door de meeste ziektekostenverzekeraars worden vergoed (vgl par. 2.6). Recente overzichten daarvan zijn aanwezig. Echter, de voorwaarden waaronder behandelingen worden vergoed (de voorwaarden die aan hulpverleners worden gesteld, de hoogte van het maximaal uit te keren bedrag e.d.) kunnen in de loop van de tijd veranderen. Dat geldt zeker als de voorgenomen stelselherziening doorgang zal vinden.

5. VOORSTELLEN VOOR ONDERZOEK NAAR SUBSTITUTIE-EFFECTEN VAN ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Substitutie van reguliere door alternatieve zorg, zo werd in hoofdstuk 3 vastgesteld, is het proces waarbij een toenemend gebruik van alternatieve zorg leidt tot een afnemend gebruik van reguliere zorg, zonder dat daarbij sprake is van een bewuste sturing; de (vervangende) alternatieve zorg richt zich daarbij in principe op dezelfde populatie als de (te vervangen) reguliere zorg en vervult voor deze populatie een zelfde of vergelijkbare functie.

Onderzoek naar dit proces dient zich te richten op het gebruik van voorzieningen, op de kwaliteit van de geboden zorg en op de kosten van de totale zorgverlening.

Uitgangspunt van dit rapport is de eerdere conclusie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad dat één alomvattend substitutie-onderzoek niet mogelijk is. In dit hoofdstuk wordt dan ook een achttal concrete voorstellen voor onderzoek gedaan, die betrekking hebben op de drie hierboven genoemde thema's. In het kort behelzen deze voorstellen het volgende:

Het eerste voorstel betreft een *inventarisatie* van de aantallen georganiseerde alternatieve therapeuten (voorstel 1), waarin onderscheid wordt gemaakt tussen twee typen therapeuten, namelijk

1 huisartsen die alternatieve geneeswijzen in de eigen praktijk bij 'eigen' patiënten toepassen. In combinatie met een schriftelijke enquête (ondermeer bedoeld om de aard en omvang van de alternatieve werkzaamheden vast te stellen) worden *ziekenfondsgegevens* van deze huisartsen vergeleken met die van reguliere huisartsen (voorstel 2).

Voorzover verschillen worden aangetroffen, wordt in de patiëntenpopulaties van deze huisartsen een *aanvullende patiëntenenquête* gehouden (voorstel 3).

2 alternatieve therapeuten (artsen, fysiotherapeuten en niet-regulier opgeleiden) die uitsluitend alternatieve geneeswijzen toepassen of een bepaald deel van hun werktijd besteden aan een alternatieve praktijk (bijvoorbeeld in de vorm van een consultatief spreekuur), in beide gevallen bij patiënten die niet op naam bij hen staan ingeschreven. Van deze groep wordt het *feitelijk handelen* in kaart gebracht (voorstel 4). Deze gegevens worden gecompliceerd met een onderzoek waarin de functie van een alternatieve behandeling voor de patiënten wordt vastgesteld, door bij een aantal van hen de *'loopbaan'* door de gezondheidszorg en de motieven voor een

keuze voor regulier of alternatief na te gaan (voorstel 5).

Twee van de resterende onderzoeken gaan op basis van bestaande gegevens in op verschillen in het *gebruik van reguliere zorg* door bezoekers en niet-bezoekers van alternatieve therapeuten. Op grond van gegevens uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, uitgevoerd door het Nivel, worden patiënten van alternatieve therapeuten (niet zijnde de eigen huisarts) vergeleken met patiënten die geen beroep doen op de diensten van alternatieve therapeuten (voorstel 6). Datzelfde gebeurt door middel van een analyse van gegevens van verzekerden die gebruik maken van een veelomvattende 'alternatieve' verzekeringspolis (voorstel 7). Het achtste onderzoeksvoorstel betreft een continue registratie van de voorwaarden waaronder alternatieve geneeswijzen in de ziektekostenverzekeringen zijn opgenomen.

In de volgende paragraaf worden deze voorstellen eerst meer in detail uitgewerkt. In de tweede paragraaf wordt beschreven welke aspecten in de genoemde acht onderzoeksvoorstellen aan de orde komen en in welke volgorde de voorstellen uitgevoerd moeten worden. In de conclusie, tenslotte, wordt aangegeven of de voor substitutie-onderzoek relevante vragen met het uitvoeren van dit programma in voldoende mate zijn beantwoord.

5.1. Acht voorstellen voor onderzoek

In deze paragraaf worden de acht hiervoor geschetste voorstellen voor onderzoek nader uitgewerkt.

1. Inventarisatie alternatieve therapeuten.

Uit het in het vorige hoofdstuk gegeven overzicht wordt duidelijk dat gegevens over het aanbod aan alternatieve hulp verouderd zijn. Daaraan kan worden toegevoegd dat uit deze cijfers - verzameld bij de organisaties van alternatieve therapeuten - niet duidelijk wordt welke plaats alternatieve geneeswijzen innemen in de praktijk van de individuele therapeuten: is men full-time alternatief therapeut, of past men alternatieve geneeswijzen naast reguliere geneeswijzen toe, bijvoorbeeld in een huisartspraktijk? Om die reden wordt allereerst een inventarisatie voorgesteld van in Nederland werkzame alternatieve therapeuten. Doel van deze inventarisatie is een beeld te schetsen van de aard en omvang van de alternatieve praktijk in Nederland. De inventarisatie dient tevens als de basis voor verder onderzoek onder beroepsbeoefenaren en patiënten.

De vraagstelling van dit eerste onderzoek luidt dan als volgt:

Hoeveel alternatieve therapeuten passen in Nederland alternatieve geneeswijzen toe en welke plaats nemen alternatieve geneeswijzen in in de beroepsuitoefening van deze therapeuten?

Om deze inventarisatie niet te omvangrijk te maken worden enkele beperkingen gesteld. Ten eerste worden alleen die therapeuten betrokken die één van de vijf geneeswijzen toepassen: acupunctuur, homeopathie, antroposofische geneeswijze, natuurgeneeswijze en paranormale geneeswijze. Manuele geneeswijzen blijven hier - en ook in de andere onderzoeksvoorstellen - buiten beschouwing, vanwege de dubbelzinnige positie van - ten minste - de manuele therapie, de in omvang belangrijkste van de verschillende manuele geneeswijzen. (Chiropraxie en osteopathie worden in Nederland slechts op kleine schaal toegepast). Door de Commissie Muntendam werden de manuele geneeswijzen (inclusief de manuele therapie) tot de alternatieve geneeswijzen gerekend (Alternatieve geneeswijzen in Nederland, 1981). Indien toegepast door fysiotherapeuten valt de manuele therapie, volgens een uitspraak van de geschillencommissie ziekenfondsen-fysiotherapeuten van oktober 1986, echter onder het begrip 'bewegingstherapie'; onder die noemer (dus niet als manuele therapie) is vergoeding voor alle ziekenfondsverzekerden mogelijk. Artsen met een bevoegdheid manuele geneeskunde kunnen bij de meeste fondsen kosten vergoed krijgen uit de aanvullende verzekering (Schildmeijer, 1990), hetgeen voor fysiotherapeuten vrijwel overal juist weer onmogelijk is. Veel huisartsen en fysiotherapeuten noemen manuele therapie een reguliere vorm van fysiotherapie (Bol e.a., 1989) en onder huisartsen neemt deze geneeswijze dan ook een heel andere plaats in dan de (andere) alternatieve geneeswijzen (Visser, 1988). De klachten waarmee patiënten een manueel therapeut bezoeken hebben voornamelijk betrekking op het bewegingsapparaat en zijn daarmee van een andere orde dan de klachten waarvoor de hulp van andere alternatieve therapeuten wordt ingeroepen (Visser, 1988).

Wat betreft de antroposofische geneeswijze worden alleen artsen bij het onderzoek betrokken, wat betreft de acupunctuur artsen, fysiotherapeuten en niet-regulier opgeleiden en wat betreft de homeopathie, de natuurgeneeswijze en de paranormale geneeswijze artsen (hoewel die, voorzover bekend, onder de paranormale genezers niet zullen voorkomen) en niet-regulier opgeleiden. Ten derde blijft het onderzoek beperkt tot de leden van de desbetreffende beroepsorganisaties van alternatieve therapeuten.

Het onderzoek wordt uitgevoerd onder de leden van zeven of acht beroepsorganisaties, telkens de enige of de grootste organisatie van de betreffende

beroepsbeoefenaren: de NVAA (antroposofische artsen), de VHAN (arts-homeopaten), de NWP (niet-arts homeopaten en natuurgenezers), de NAAV (arts-acupuncturisten), de NVA (fysiotherapeut-acupuncturisten en niet-regulier opgeleide acupuncturisten), de ABNG (natuurartsen) en de NVGN en/of de NFPN (paranormale genezers). Nadat medewerking van deze organisaties is verkregen, wordt een enquête gestuurd aan de (naar schatting 1500) praktizerende leden. In deze enquête komt aan de orde:

- opleiding/ervaring
- aard en omvang van de alternatieve praktijk
- eventuele reguliere praktijk

Naar verwachting zullen twee groepen alternatieve therapeuten kunnen worden onderscheiden:

- huisartsen die alternatieve geneeswijzen in de eigen praktijk en bij 'eigen' patiënten toepassen.
- alternatieve therapeuten (artsen, fysiotherapeuten en niet-regulier opgeleiden) die uitsluitend alternatieve geneeswijzen toepassen of een bepaald deel van hun werktijd besteden aan een alternatieve praktijk (bijvoorbeeld in de vorm van een consultatief spreekuur), in beide gevallen bij patiënten die niet op naam bij hen staan ingeschreven.

Het onderzoek zal het relatieve belang van beide groepen (en van eventuele andere verschijningsvormen van het toepassen van alternatieve geneeswijzen) kunnen aantonen.

Looptijd: 1 jaar.

2. Vergelijking van ziekenfondsgegevens van alternatief en regulier werkende huisartsen.

In 1988 heeft de VNZ de resultaten gepubliceerd van een onderzoek waarin alternatief en regulier werkende huisartsen op een aantal punten met elkaar werden vergeleken: verwijscijfers, opnamecijfers en aantallen verpleegdagen (zie par. 4.1). Een belangrijk probleem bij dergelijk onderzoek is dat er meer factoren van invloed zijn op het verwijzen van patiënten dan het al dan niet alternatief werken alléén, zoals kenmerken van de huisarts (taakopvatting, leeftijd en geslacht), kenmerken van de praktijkpopulatie (samenstelling naar leeftijd en geslacht) en kenmerken van de praktijk (afstand tot het ziekenhuis, urbanisatiegraad van de gemeente) (VNZ, 1988). De opzet van het VNZ-onderzoek maakte het niet mogelijk met al deze factoren rekening te houden; de ziekenfondsen zelf beschikken immers slechts over een beperkt aantal daarvoor benodigde gegevens (Wijkel, 1986).

Een tweede probleem is dat het lidmaatschap van een beroepsorganisatie

van alternatieve artsen kan inhouden dat de huisarts alternatieve geneeswijzen niet voor eigen patiënten in de eigen praktijk toepast, maar alleen voor patiënten die hem op een consultatief spreekuur bezoeken. Voor de zuiverheid van de vergelijking moet bij de selectie van te onderzoeken huisartsen die laatste groep buiten beschouwing blijven, ook al is goed denkbaar dat de 'alternatieve' kijk op ziekte en gezondheid toch in de eigen praktijk doorwerkt. In dat verband is het ook van belang bij de resterende artsen na te gaan wat het toepassen van alternatieve geneeswijzen inhoudt: gaat het om het toepassen van een techniek, al dan niet op verzoek van een patiënt, of gaat het (ook) om een meeromvattende kijk op ziekte en gezondheid. In het eerste geval is het ook mogelijk een schatting te doen van het aantal patiënten dat alternatief wordt behandeld; in het tweede geval is dat veel moeilijker aan te geven.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt dan:

In hoeverre verschillen de 'productiecijfers' van (ook) alternatief werkzame huisartsen - verwijscijfers, opnamecijfers, ligduurcijfers - van die van reguliere huisartsen, wanneer rekening wordt gehouden met een aantal mogelijke interveniërende variabelen?

Aan deze vraag ligt de - te toetsen - hypothese ten grondslag dat alternatief werkende huisartsen, door een grotere nadruk te leggen op het zelfgezend vermogen van patiënten, minder patiënten doorverwijzen naar de reguliere tweedelijnsgezondheidszorg dan regulier werkende huisartsen.

Ter beantwoording van de vraagstelling wordt van twee bronnen informatie gebruik gemaakt:

- 1 informatie verzameld bij de ziekenfondsen. Deze informatie betreft de te onderzoeken 'outcome-variabelen' zelf: het aantal uitgeschreven verwijskarten, het aantal opnamen en het aantal verpleegdagen van in een ziekenhuis opgenomen patiënten. Vergeleken met het onderzoek van de VNZ doet zich het probleem voor dat landelijke cijfers niet meer voorhanden zijn: het Landelijk Informatiesysteem van de Ziekenfondsen is immers opgeheven.
- 2 informatie verzameld bij de huisartsen zelf. Deze informatie dient om mogelijke verschillen tussen beide groepen huisartsen in huisarts- en praktijkkenmerken te bepalen (verschillen in patiëntkenmerken komen hieronder in het derde onderzoeksvoorstel aan de orde).

Bij dit onderzoek zijn in eerste instantie alle alternatief werkende huisartsen betrokken die, blijkens de resultaten van het eerste deelonderzoek, in hun

reguliere praktijk, dus bij 'eigen' patiënten, acupunctuur, antroposofische geneeswijze, homeopathie of natuurgeneeswijze toepassen. De genoemde 'produktiecijfers' van deze huisartsen worden vergeleken met die van een groep vergelijkbare huisartsen die uitsluitend regulier te werk gaan.

Van alle bij het eerste deelonderzoek betrokken artsen (acupuncturisten, antroposofische artsen, homeopaten en natuurartsen) worden die artsen geselecteerd die ook voorkomen in de huisartsenregistratie van het Nivel, waarin alle praktizerende Nederlandse huisartsen zijn opgenomen. Uit deze registratie zijn van deze huisartsen gegevens bekend over ondermeer:

- geslacht
- leeftijd en jaar van vestiging
- de plaats van vestiging (en daarmee ook de regio, het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen en de afstand tot een ziekenhuis)
- de urbanisatiegraad van de gemeente
- samenwerkingsvorm.

Vervolgens wordt iedere alternatieve huisarts 'gepaard' aan twee huisartsen uit dezelfde ziekenfondsregio die uitsluitend regulier werken (althans geen lid zijn van een alternatieve beroepsorganisatie). Behalve de regio worden ook de andere genoemde structurele variabelen constant gehouden. Naar schatting zullen op die manier 200 alternatieve en 400 niet-alternatieve huisartsen worden geselecteerd (bij het onderzoek van de VNZ bleven - na de matching - 163 alternatieve huisartsen over).

Beide groepen artsen worden vervolgens schriftelijk geënquêteerd. (Selectie van twee reguliere huisartsen bij iedere alternatieve huisarts is noodzakelijk gezien de te verwachten non-respons op deze enquête aan 'reguliere' kant). In de enquête komen ondermeer de volgende onderwerpen aan de orde:

- taakopvatting met betrekking tot de relatie tussen eerste en tweede lijn (dat wil zeggen de mate waarin de huisarts geneigd is patiënten 'bij zich te houden' dan wel te verwijzen).
- werkstijl van de huisarts (dat wil zeggen de mate waarin de huisarts zijn patiënten een inbreng gunt in de behandeling en geneigd is in zijn werk enig risico te nemen).
- benadering van ziekte en gezondheid.
- werkbelasting van de huisarts (ondermeer tot uitdrukking komend in de praktijkgrootte en het aantal consulten per dag).

Aard en omvang van de alternatieve praktijk zijn, wat betreft de alternatieve huisartsen, in deelproject 1 vastgesteld. Voor de reguliere huisartsen kunnen hieromtrent vragen in de enquête worden opgenomen.

In de enquête wordt tevens toestemming gevraagd om bij het ziekenfonds

cijfers over verwijzingen, opnames en ligduur te mogen opvragen. Vervolgens zal zich het probleem voordoen dat een groot aantal ziekenfondsen gevraagd zal moeten worden deze gegevens te verstrekken en dat de aard van de door de fondsen geregistreerde gegevens en de manier waarop deze worden geregistreerd van fonds tot fonds verschillen. Om die reden is het van belang de drie te matchen huisartsen telkens in dezelfde regio te kiezen. Ook verdient het aanbeveling de te selecteren huisartsen te kiezen binnen een beperkt aantal (grote) ziekenfondsregio's en om al in een vroeg stadium van het project de medewerking van de betreffende fondsen te vragen.

Verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers (gecorrigeerd voor het aantal in de huisartspraktijk ingeschreven patiënten) van beide groepen worden vervolgens met elkaar vergeleken, rekening houdend met verschillen in taakopvatting, werkbelasting en grootte van de praktijk. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende specialismen (gezien de aard van de alternatieve geneeswijzen kunnen vooral met betrekking tot verwijzingen naar interne geneeskunde verschillen worden verwacht; vgl. hoofdstuk 3) en tussen de verschillende geneeswijzen.

Looptijd: 2 jaar.

3. Aanvullende patiëntenenquête alternatieve huisartsen.

Bij de in het vorige voorstel bedoelde vergelijking van de verwijscijfers van alternatieve en reguliere huisartsen is ervoor gezorgd dat beide groepen met elkaar vergelijkbaar zijn op (relevante) kenmerken van de praktijk en van de huisarts. De mogelijkheid blijft echter bestaan dat de patiënten van beide groepen huisartsen van elkaar verschillen. Denkbaar is dat juist patiënten met chronische ziekten, en een daaruit voortkomende intensieve ervaring met de reguliere zorg, uiteindelijk voor een alternatieve huisarts kiezen. Even denkbaar is dat mensen dat doen die zich aangesproken voelen door de benadering van ziekte en gezondheid door alternatief werkende huisartsen. Om die reden is het van belang ook de patiëntenpopulaties van beide groepen huisartsen te bestuderen.

De vraagstelling van dit onderzoek is dan als volgt:

In hoeverre verschillen patiënten die staan ingeschreven bij een (ook) alternatief werkende huisarts van patiënten die staan ingeschreven bij een reguliere huisarts?

Aan deze vraag ligt de - te toetsen - hypothese ten grondslag dat patiënten

van alternatief werkende huisartsen bewust voor deze huisarts hebben gekozen, hetzij door eerdere ervaringen in de reguliere zorg, hetzij doordat zij zich aangesproken voelen door een bepaalde alternatieve behandelwijze. Het antwoord op de vraag geeft aan of eventuele verschillen in de 'productiecijfers' van de huisartsen aan een 'patiëntenfactor' kunnen worden toegeschreven.

Het onderzoek dient in omvang beperkt te blijven en zich niet uit te strekken tot de praktijken van alle naar schatting 200 alternatief werkende huisartsen die bij de vergelijking van 'productiecijfers' van alternatieve en reguliere huisartsen betrokken waren. Daarom wordt voorgesteld zo mogelijk alleen te kijken naar de patiënten van huisartsen die alternatieve geneeswijzen toepassen voor een (nader vast te stellen) substantieel gedeelte van de praktijkpopulatie. Mocht een selectie op deze gronden niet mogelijk zijn doordat alle betrokken huisartsen voor hun hele praktijk alternatief werkzaam zijn, dan zal een willekeurige selectie gemaakt moeten worden.

Een tweede beperking is dat het patiëntenbestand niet wordt vergeleken met dat van de 'schaduwgroep' - dat zou het onderzoek immers twee maal zo omvangrijk maken - maar met een 'gemiddelde' huisartspraktijk zoals die kan worden samengesteld op grond van de cijfers die werden verzameld in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, die door het Nivel is uitgevoerd.

De opzet van dit onderzoek is dan als volgt:

Uit het patiëntenbestand van de betrokken alternatieve huisartsen (maximaal 100) wordt een steekproef getrokken van maximaal 5000 patiënten.

Deze patiënten krijgen een enquête toegestuurd, waarin vragen zijn opgenomen over ondermeer de volgende onderwerpen:

- (ervaren) gezondheidstoestand op dit moment;
- medische consumptie thans en in het verleden;
- kennis van en ervaring met het alternatief werken van de eigen huisarts;
- aantal jaren dat men bij de huisarts staat ingeschreven;
- motieven voor de keuze van juist deze huisarts.

Voor zover mogelijk (gezondheidstoestand, medische consumptie) worden de resultaten vergeleken met die van de patiëntenenquête uit de Nationale Studie.

Looptijd: 1½ jaar.

4. Het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten.

Uit de in het vorige hoofdstuk gegeven beschrijving van onderzoek op het terrein van de alternatieve geneeswijzen blijkt dat, afgezien van het onder beroepsorganisaties uitgevoerde onderzoek van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, geen systematische kennis is verzameld over het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten, en daarmee over de functie die een alternatieve behandeling voor patiënten heeft. Daarbij valt te denken aan onderzoek naar de aard van de klachten van de patiënten, de wijze van diagnostiek, de therapie (inclusief de aard en de hoeveelheid van de voorgeschreven medicijnen), de duur en de kosten van de behandeling en de samenwerking met reguliere hulpverleners.

Naar verwachting zal het lopende Nivel-project 'Experiment samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten' ook op dit gebied informatie leveren, doordat alternatieve therapeuten aan het begin en het eind van iedere behandeling een aantal gegevens over de patiënt en de behandeling registreren. Door de beperking tot één regio is de generaliseerbaarheid van deze gegevens echter beperkt; bovendien doen aan dat project alleen regulier opgeleide alternatieve therapeuten mee en is het aantal therapeuten per geneeswijze klein doordat gekozen is voor een brede vertegenwoordiging van homeopaten, acupuncturisten, manueel therapeuten, antroposofische artsen en natuurartsen.

In dit onderzoek staat dan ook het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten centraal.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt dan als volgt:

Waaruit bestaat het feitelijk handelen - in termen van aard van de behandelde klachten, diagnostiek, therapie, duur en kosten van de behandelingen en samenwerking met de reguliere zorg - van alternatieve therapeuten?

Bij het beantwoorden van deze vraag wordt alleen gebruik gemaakt van gegevens verzameld bij die van de in het eerste onderzoek geselecteerde therapeuten, die zich uitsluitend met alternatieve geneeswijzen bezighouden of die spreekuren houden waarin patiënten (die bij een andere huisarts staan ingeschreven) uitsluitend voor een alternatieve behandeling terecht kunnen. Deze therapeuten kunnen zowel in de eerste als in de tweede lijn werkzaam zijn. Huisartsen of fysiotherapeuten die incidenteel homeopathie of acupunctuur toepassen voor 'eigen' patiënten (zonder dat daarbij sprake is van een vast 'alternatief' spreekuur) en uit dien hoofde lid zijn van de genoemde organisaties worden dus niet bij dit onderzoek betrokken.

Aan de acupuncturisten, antroposofische artsen, homeopaten, natuurartsen/-

genezers en paranormale genezers die aan de genoemde voorwaarde voldoen (het aantal respondenten is afhankelijk van de resultaten van het eerste onderzoek) wordt een uitgebreide enquête verstuurd waarin ondermeer gevraagd wordt naar

- duur van de behandelingen
- kosten van de behandelingen
- aard van de behandelde klachten
- aard van de gebruikte diagnostische methoden
- toegepaste therapie (incl medicatie)
- samenwerking met huisartsen en eventueel fysiotherapeuten of specialisten.

Looptijd: 1 jaar.

5. Patiënten van alternatieve therapeuten

Onderzoek naar de motieven van patiënten om een alternatieve therapeut te bezoeken, komt veelal tot de weinig opzienbarende conclusie dat patiënten dat doen 'om het eens te proberen', in veel gevallen nadat reguliere zorg niet afdoende heeft geholpen. Daarmee is de motivatie van deze patiënten echter niet volledig verklaard. Een eerste indruk van de resultaten van het Nivel-project 'Experiment samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten' is dat naast deze praktische reden ook een rol speelt dat veel patiënten zich 'aangesproken' zeggen te voelen door de ideeën achter de gekozen alternatieve geneeswijze. De vraag wat de alternatieve zorg, in de ogen van de patiënten, méér biedt dan de reguliere zorg is nog niet beantwoord. Iets dergelijks geldt voor de 'leefstijl' van patiënten. Kenmerken als leeftijd, geslacht en opleiding van patiënten zijn niet beslissend voor het al dan niet zoeken van alternatieve hulp. De vraag is in hoeverre patiënten van alternatieve therapeuten zich op andere terreinen - te denken valt aan het gezondheidsbevorderende gedrag - van andere patiënten onderscheiden. Waarom spreekt een alternatieve behandeling deze patiënten aan? En, omgekeerd: welke invloed heeft een alternatieve behandeling op de 'leefstijl' van patiënten?

In onderzoek naar de motieven van patiënten is ook weinig aandacht besteed aan de 'loopbaan' van patiënten door het geheel van de gezondheidszorg, zowel regulier als alternatief. Aangenomen dat afwisselend gebruik wordt gemaakt van reguliere en alternatieve zorg (en de resultaten van onderzoek wijzen daarop), welke elementen spelen dan een rol bij de overstappen van het ene naar het andere type zorg?

De vraagstelling van dit onderzoek luidt dan:

Hoe verloopt de 'loopbaan' van patiënten door de gezondheidszorg? Welke motieven spelen een rol bij de keuze voor reguliere dan wel alternatieve hulp en bij de overgang van het ene naar het andere type zorg? Welke kenmerken in de 'leefstijl' van patiënten zijn daarop van invloed? In hoeverre verandert de 'leefstijl' door de alternatieve behandeling?

Met het beantwoorden van deze vragen wordt duidelijk wat de functie van alternatieve behandeling voor patiënten is, hoe de 'loopbaan' van patiënten door de gezondheidszorg verloopt en welke elementen van invloed zijn bij het maken van een keuze tussen reguliere en alternatieve zorg. Karakteristieke kenmerken van de leefstijl van deze patiënten en eventuele gedragsveranderingen als gevolg van de alternatieve behandeling komen eveneens aan de orde.

Voor het beantwoorden van deze vragen kunnen drie wegen worden bewandeld, namelijk:

- een retrospectief onderzoek onder patiënten die onder behandeling zijn van een alternatieve therapeut;
- een prospectief onderzoek onder een groep chronische patiënten, ongeacht de vraag of zij thans gebruik maken van alternatieve zorg;
- een prospectief onderzoek onder patiënten die onder behandeling zijn van een alternatieve therapeut.

Voor retrospectief onderzoek bij patiënten van een alternatieve therapeut is gekozen in het hierboven genoemde samenwerkingsproject. Daarbij wordt onderzoek verricht onder de patiënten van artsen en fysiotherapeuten die acupunctuur, antroposofische geneeswijze, homeopathie, manuele geneeskunde/therapie of natuurgeneeswijze toepassen. Gedurende een periode van ruim twee jaar worden alle patiënten geënquêteerd die op het spreekuur komen en staan ingeschreven bij een aan het experiment deelnemende huisarts. In de schriftelijke vragenlijsten komt ondermeer aan de orde:

- (ervaren) gezondheid
- opvattingen over ziekte en gezondheid
- omvang en resultaten van reeds verleende reguliere zorg
- motieven voor de keuze van alternatieve zorg.

Hoewel het project niet in eerste instantie was opgezet om aan de vraagzijde gegevens te verzamelen en evenmin sprake kan zijn van landelijke representativiteit, dienen eerst de resultaten ervan te worden afgewacht, alvorens een landelijk representatief retrospectief onderzoek te starten.

Het tweede genoemde alternatief - het opzetten van prospectief onderzoek onder patiënten met chronische aandoeningen die al dan niet gebruik maken van alternatieve zorg - is aantrekkelijk, maar stuit op praktische bezwaren. In

deze opzet zou als volgt tewerk gegaan kunnen worden. Een aantal huisartsen wordt gevraagd in hun praktijk een aantal patiënten te selecteren die lijden aan één van een aantal vooraf gekozen chronische ziekten (reuma, CARA, diabetes). Deze patiënten worden vervolgens, nadat zij daarvoor toestemming hebben gegeven, gevolgd in hun 'loopbaan' door de gezondheidszorg, zowel regulier als alternatief, door middel van periodiek af te nemen enquêtes en interviews. Hoewel chronische patiënten relatief vaak gebruik maken van alternatieve geneeswijzen, zal slechts een beperkt deel van de gevolgde patiënten ooit een alternatieve therapeut bezoeken. In een programma van onderzoek op het terrein van alternatieve geneeswijzen is aldus opgezet onderzoek dan ook een te 'zwaar' middel. Zou dergelijk onderzoek worden uitgevoerd met als bredere doelstelling het inventariseren van de zorgroute van chronische patiënten in zijn algemeenheid, dan zou het bezoek aan alternatieve therapeuten daarin vanzelfsprekend een plaats moeten hebben.

Resteert de derde te volgen methode: prospectief onderzoek bij patiënten van een alternatieve therapeut. In het hiervoor genoemde samenwerkingsexperiment wordt van een aantal patiënten het vervolg van de 'zorgroute' in kaart gebracht met behulp van bij het ziekenfonds verkregen consumptiegegevens. Deze vormen echter niet meer dan een indicatie van de verleende zorg: bezoek aan de huisarts wordt niet afzonderlijk geregistreerd en bezoek aan hulpverleners die geen medewerker zijn van het ziekenfonds blijft buiten beschouwing. Evenmin is duidelijk met welke klacht en om welke reden de patiënt de hulpverlener heeft bezocht.

Voor het verkrijgen van een vollediger beeld is de volgende opzet denkbaar. Uitgangspunt is de inventarisatie van alternatieve therapeuten (gemaakt in het kader van deelonderzoek 4) die acupunctuur, antroposofische geneeswijze, homeopathie, natuurgeneeswijze of paranormale geneeswijze toepassen voor niet bij henzelf ingeschreven patiënten. Binnen ieder van deze geneeswijzen worden vier praktijken geselecteerd. In deze praktijken worden gedurende een maand alle bezoekende patiënten geregistreerd, tot een maximum van 50 patiënten per praktijk. Deze (maximaal 1000) patiënten ontvangen een enquête, waarin onder meer de aard van de klacht en eerdere reguliere consumptie worden vastgelegd. Op grond van deze resultaten wordt een aantal patiënten (maximaal 200) geselecteerd die lijden aan één van een aantal vooraf vastgestelde chronische klachten (bijvoorbeeld langdurige rugklachten, ademhalingsklachten, migraine) en die voor deze klacht reeds van reguliere zorg gebruik hebben gemaakt. Nadat van de patiënten hiervoor toestemming is verkregen, worden zij gedurende drie jaar gevolgd in hun gang door de gezondheidszorg, in die zin dat ieder half jaar een enquête

wordt ingevuld, afgewisseld met een mondeling interview. In deze enquête komt ondermeer aan de orde:

- het gebruik van reguliere en alternatieve zorg
- aspecten van 'leefstijl' en gedrag
- de motieven voor de keuzen voor alternatieve of reguliere hulp
- gebruik van alternatieve geneeswijzen door familie/vrienden
- tevredenheid over de alternatieve dan wel reguliere behandeling.

Looptijd: 4 jaar.

6. Gebruik van reguliere zorg: bezoekers van alternatieve therapeuten vergeleken met niet-bezoekers.

Een belangrijk bezwaar van onderzoek dat zich, zoals hierboven, uitsluitend richt op bezoekers van alternatieve therapeuten, is dat geen vergelijking gemaakt kan worden met patiënten die, met vergelijkbare klachten, uitsluitend gebruik maken van reguliere hulp.

Een centrale vraag in het substitutieonderzoek is immers of patiënten van alternatieve therapeuten een minder groot beroep doen op reguliere voorzieningen dan patiënten die in dezelfde omstandigheden geen beroep doen op alternatieve hulp. Op grond van gegevens uit de Gezondheidsenquête concludeert Van Sonsbeek (1988) dat het niveau van de reguliere medische consumptie van bezoekers van alternatieve therapeuten overeenkomt met dat van niet-bezoekers met een vergelijkbare ervaren algemene gezondheid. Onderzoek van het Nivel uit 1988 geeft evenmin aanleiding te veronderstellen dat de reguliere consumptie van bezoekers van alternatieve therapeuten kleiner zou zijn dan die van niet-bezoekers (zie ook hoofdstuk 2).

Vanzelfsprekend wordt uit deze gegevens niet duidelijk wat de omvang van de reguliere consumptie zou zijn geweest in het geval geen alternatieve consumptie zou hebben plaatsgevonden. Zou deze in dat geval (nog) groter zijn, dan kan, ondanks de schijn van het tegendeel, toch van een substituerend effect worden gesproken. Eén manier om deze mogelijkheid te onderzoeken is het analyseren van de keuzes voor reguliere of alternatieve zorg, zoals dat in het vijfde onderzoeksvoorstel werd omschreven. Een andere, indirecte manier is om die factoren bij het onderzoek te betrekken die van invloed zijn op het ziektegedrag in het algemeen, en het consulteren van hulpverleners in het bijzonder. Daarbij valt ondermeer te denken aan de verwachtingen die patiënten van medische hulpverlening hebben en de invloed die zij zelf op hun gezondheid menen te hebben. In het door het Nivel uitgevoerde onderzoek onder huisartsen en hun patiënten (Visser, 1988) is getracht dergelijke verschillen op het spoor te komen; de gegevens

hebben echter betrekking op een kleine groep bezoekers (n=357) en niet-bezoekers (n=414), die landelijk niet representatief is.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt dan:

In hoeverre verschilt de omvang van reguliere consumptie van patiënten die gebruik maken van de alternatieve zorg van die van patiënten die dat niet doen? In hoeverre verschillen beide groepen van elkaar wat betreft factoren die van invloed zijn op ziektegedrag en medische consumptie?

Aan deze vraag ligt de - te toetsen - hypothese ten grondslag dat patiënten van alternatieve therapeuten in gelijke mate gebruik maken van reguliere zorg als patiënten die geen beroep doen op alternatieve zorg. Zouden beide groepen, bij een vergelijkbare gezondheid, evenmin van elkaar verschillen in factoren die van invloed zijn op ziektegedrag en medische consumptie (zoals gezondheidsattentgedrag, het oordeel over het verwijsgedrag van de huisarts, verwachtingen van de medische hulpverlening en dergelijke), dan is van substitutie geen sprake. Zou blijken dat bezoekers van alternatieve therapeuten zich onderscheiden door een op grond van deze factoren te verwachten grotere medische consumptie, dan mag worden verondersteld dat de genoten alternatieve zorg in die behoefte aan medische consumptie voldoet (en dus ten opzichte van de reguliere zorg substituerend werkt omdat deze patiënten, bij afwezigheid van de alternatieve zorg, een groter gebruik van reguliere zorg zouden hebben gemaakt). Waarbij moet worden opgemerkt dat dergelijke substitutie minder aannemelijk is als (in deelonderzoek 5) zou worden aangetoond dat de alternatieve zorg voor deze patiënten een andere functie vervult dan de reguliere zorg.

Voor het beantwoorden van de vraag kan gebruik gemaakt worden van gegevens die werden verzameld in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, die door het Nivel is uitgevoerd (zie ook voorstel 3). In het kader van deze studie werd door middel van mondelinge interviews informatie verzameld bij in totaal 13.000 patiënten, afkomstig uit 103 huisartspraktijken, die over het hele land waren verspreid. De verzamelde informatie heeft ondermeer betrekking op (ervaren) gezondheidstoestand, medische consumptie en opvattingen over en gedrag met betrekking tot ziekte en gezondheid.

De opzet van dit onderzoek is dan als volgt:

Uit het bestand van de Nationale Studie worden alle patiënten geselecteerd die in het afgelopen jaar een bezoek hebben gebracht aan een alternatieve therapeut (n=850), dat wil zeggen een homeopaat, acupuncturist, natuur-

arts/-genezer, paranormale genezer, antroposofische arts, of andere therapeut (exclusief manueel therapeut). Daar wordt een groep niet-bezoekers bijgezoekt die vergelijkbaar is in termen van leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand. Van de geselecteerde patiënten worden de volgende gegevens vergeleken:

- bezoek aan de huisarts in twee maanden;
- bezoek aan de fysiotherapeut in twee maanden;
- bezoek aan de medisch specialist in twee maanden;
- huisbezoek door een wijkverpleegkundige in één jaar;
- opname in een ziekenhuis in een jaar;
- medicijngebruik in veertien dagen (onderscheiden naar soort (pijnstillend, versterkend en dergelijke), in voorgeschreven en niet-voorgeschreven en in allopathisch en homeopathisch).

Indien mogelijk (in die zin dat het aantal betrokken patiënten niet te klein mag zijn) wordt een dergelijke vergelijking ook gemaakt tussen bezoekers en niet-bezoekers met een specifieke klacht (bijvoorbeeld langdurige rugklachten, migraine, ademhalingsklachten). Ook kunnen bezoekers van een specifieke alternatieve geneeswijze (bijvoorbeeld homeopathie) worden vergeleken met een overeenkomstige groep niet-bezoekers.

Na analyse van de verschillen in omvang van de reguliere consumptie worden bezoekers en niet-bezoekers met elkaar vergeleken wat betreft de factoren die ziektegedrag en medische consumptie kunnen beïnvloeden:

- indicatoren van gezondheidsattent gedrag (roken, alcoholgebruik e.d.)
- evaluatie van verwijs- en prescriptiegedrag
- health locus of control (dat wil zeggen de mate waarin de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid wordt toegeschreven aan zichzelf of aan hulpverleners, of waarin een goede gezondheid wordt gezien als een kwestie van toeval)
- verwachtingen van de medische hulpverlening bij alledaagse aandoeningen
- meningen over hulp bij psychosociale problematiek.

Looptijd: 1½ jaar.

7. Verzekeringwijze en consumptie

Doel van dit project is een vergelijking te maken van de medische consumptie van bezoekers en niet-bezoekers van alternatieve therapeuten. Anders dan in het voorgaande project ligt daarbij de nadruk op de (meer- of minder-)kosten die het gebruik van alternatieve geneeswijzen met zich meebrengt. Op basis van consumptiegegevens van een particuliere ziektekostenverzeke-

raar wordt de reguliere consumptie vergeleken van patiënten die wèl en patiënten die niet gebruik maken van een polis waarin alternatieve behandelingen worden vergoed. Voor een particuliere ziektekostenverzekeraar wordt gekozen omdat de voorwaarden waaronder alternatieve geneeswijzen worden aangeboden bij veel maatschappijen gunstiger zijn dan de voorwaarden voor alternatieve behandeling in de aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen. Zo kan een polis gekozen worden waarin niet alleen de kosten voor homeopathie en acupunctuur worden vergoed, maar ook die voor natuurgeneeskundige hulp, paranormale geneeswijze en therapeutische behandelingen als badtherapie, muziektherapie en heileurythmie.

Een probleem bij dergelijk onderzoek is dat de beide groepen te vergelijken patiënten in relevante opzichten aan elkaar gelijk moeten zijn. De vraagstelling luidt dan:

In hoeverre verschillen de kosten van de medische consumptie van particulier verzekerden die gekozen hebben voor een veelomvattende 'alternatieve' verzekering van die van een overeenkomstige groep particulier verzekerden die niet voor deze polis heeft gekozen?

Aan deze vraag ligt de - te toetsen - hypothese ten grondslag dat patiënten die gebruik maken van de veelomvattende 'alternatieve' verzekering minder reguliere zorg consumeren dan vergelijkbare patiënten die deze keuze niet hebben gemaakt. Alvorens, bij een bevestigend antwoord, te concluderen dat dus van substitutie sprake is, dienen de kosten van de geconsumeerde alternatieve zorg bij de reguliere kosten te worden opgeteld.

De opzet van dit onderzoek is als volgt.

Eerst wordt een particuliere ziektekostenverzekeraar geselecteerd die een veelomvattende 'alternatieve' verzekering aanbiedt, waarin ten minste acupunctuur, homeopathie, antroposofische geneeswijze, natuurgeneeswijze en paranormale geneeswijze zijn opgenomen. Van de bij deze verzekeraar verzekerde personen moet een deel wèl en een deel niet voor deze polis hebben gekozen.

Vervolgens worden van alle verzekerden die voor de 'alternatieve' polis hebben gekozen, de volgende gegevens nagegaan:

- leeftijd
- geslacht
- woonplaats

Tevens wordt van deze verzekerden nagegaan of zij daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt van de in de polis aangeboden alternatieve hulp.

Bij die verzekerden die gebruik maken van de in de polis aangeboden alternatieve hulp wordt een even grote groep verzekerden gezocht, die niet gekozen hebben voor een polis waarin alternatieve geneeswijzen zijn opgenomen. Deze groep is gelijk wat betreft leeftijd, geslacht en woonplaats.

Van alle genoemde verzekerden wordt vervolgens nagegaan:

- gebruik huisartsenzorg
- gebruik paramedische hulp
- gebruik specialistische zorg
- andere in de reguliere sector gemaakte kosten.

(Deze kosten zijn alleen bekend na aftrek van het door de patiënt zelf te dragen eigen risico).

Tenslotte worden de door de verzekerden gegenereerde kosten (zowel regulier als alternatief) berekend en met elkaar vergeleken.

Looptijd: 1½ jaar.

8. Registratie van voorwaarden van verzekering van alternatieve geneeswijzen

Alternatieve geneeswijzen worden door vrijwel alle ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars vergoed, zij het op onderling zeer verschillende voorwaarden. De ontwikkelingen op dit gebied gaan echter snel, niet alleen wat betreft het aantal maatschappijen dat vergoedingen kent, maar ook wat betreft de voorwaarden waaronder vergoeding plaats vindt: hoogte van de eigen bijdragen, maximering van het uit te keren bedrag en dergelijke. Nog grotere veranderingen zijn te voorzien als de voorgenomen herziening van het financieringsstelsel van de Nederlandse gezondheidszorg inderdaad doorgang vindt. Alternatieve geneeswijzen zouden een onderwerp kunnen worden waarmee de ziektekostenverzekeraars de onderlinge concurrentie aangaan.

Voor uit te voeren onderzoek naar de substitutie-effecten van alternatieve geneeswijzen is het van belang dat een actueel overzicht van deze voorwaarden bestaat. De hoogte van de kosten van een alternatieve behandeling kunnen immers van invloed zijn op het besluit van patiënten om al dan niet een alternatieve therapeut te bezoeken. Hoewel geen onderzoek in de strikte zin van het woord verdient het aanbeveling een dergelijke registratie op te zetten en bij te houden.

5.2. De betekenis van deze voorstellen

In deze paragraaf worden de genoemde acht onderzoeksvoorstellen in verband gebracht met de aspecten die bij onderzoek naar de substitutie-effecten van alternatieve geneeswijzen relevant zijn. Tevens wordt aangegeven in welke volgorde de voorstellen uitgevoerd moeten worden.

5.2.1. Aspecten van onderzoek

In hoofdstuk 3 werd aangegeven dat onderzoek naar substitutie van reguliere naar alternatieve zorg antwoord dient te geven op de volgende drie vragen:

- vindt door het gebruik van alternatieve geneeswijzen een verandering plaats in het gebruik van (reguliere) zorg?
- wat is de kwaliteit van de geboden alternatieve zorg, zowel in objectieve als in subjectieve termen, in relatie tot de kwaliteit van de reguliere zorg?
- welke gevolgen heeft het gebruik van alternatieve zorg voor de kosten van de gezondheidszorg in zijn geheel?

Vervolgens werd in dat hoofdstuk aangegeven welke aspecten bij het beantwoorden van deze vier vragen van belang zijn.

Ten aanzien van de vraag naar het gebruik van voorzieningen zijn dat:

- de omvang van de alternatieve zorg
- de vraag naar alternatieve geneeswijzen
- de achtergronden van patiënten die gebruik maken van alternatieve zorg
- de klachten waarmee patiënten een alternatieve therapeut bezoeken
- het gebruik van reguliere zorg door alternatief behandelde patiënten
- samenwerking tussen reguliere en alternatieve zorg
- het verwijsgedrag van alternatief werkende huisartsen

Ten aanzien van de vraag naar de kwaliteit van de zorg zijn dat:

- het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten
- de motieven van patiënten om een beroep te doen op alternatieve hulp
- tevredenheid van patiënten met de verleende zorg
- gedragsverandering als gevolg van alternatieve behandeling
- de effectiviteit van alternatieve behandeling
- kwaliteitsbewaking in de alternatieve zorg

Ten aanzien van de vraag naar de kosten van de zorg zijn dat:

- de kosten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen
- de plaats van de alternatieve geneeswijzen in de ziektekostenverzekeringen

Duidelijk is dat de genoemde vijftien onderwerpen van onderzoek en de acht onderzoeksvoorstellen niet in een één-op-één verhouding tot elkaar staan: sommige onderwerpen komen in meer dan één voorstel aan de orde, sommige voorstellen behandelen meer dan één onderwerp.

Schema 5.1: overzicht van acht onderzoeksvorstellen.

	onderzoek*							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Te onderzoeken aspecten:								
omvang alternatieve zorg	x							
vraag naar alternatieve geneeswijzen								
achtergronden van patiënten			x		x	x		
klachten van patiënten				x		x		
gebruik reguliere zorg						x	x	
samenwerking met reguliere zorg								
verwijsgedrag alternatieve huisartsen		x						
feitelijk handelen alternatieve therapeuten				x				
motieven van patiënten					x	x		
tevredenheid van patiënten					x			
gedragsverandering					x			
effectiviteit alternatieve behandeling								
kwaliteitsbewaking alternatieve zorg								
kosten van het gebruik							x	
plaats alternatieve geneeswijzen in verzekering								x
Te onderzoeken therapeuten								
alternatieve huisartsen	x	x	x					x
regulier opgeleide alternatieve therapeuten	x			x	x	x	x	x
niet-regulier opgeleide therapeuten	x			x	x	x	x	x
Te onderzoeken geneeswijzen								
acupunctuur	x	x		x	x	x	x	x
antroposofische geneeswijze	x	x	**	x	x	x	x	x
homeopathie	x	x		x	x	x	x	x
manuele geneeswijzen								x
natuurgeneeswijze	x	x		x	x	x	x	x
paranormale geneeswijze	x			x	x	x	x	x
Gegevens te verzamelen bij:								
hulpverleners	x	x		x				
patiënten			x		x	x		
ziektekostenverzekeraar		x					x	x

*

- 1 inventarisatie alternatieve therapeuten
- 2 ziekenfondsgegevens alternatieve en reguliere huisartsen
- 3 patiëntenenquête alternatieve huisartsen
- 4 feitelijk handelen alternatieve therapeuten
- 5 patiënten van alternatieve therapeuten
- 6 reguliere zorg bij bezoekers en niet-bezoekers van alternatieve therapeuten
- 7 verzekeringswijze en consumptie
- 8 voorwaarden verzekering alternatieve geneeswijzen

** afhankelijk van de resultaten van deelonderzoek 2

In schema 5.1 wordt van elk van de genoemde onderzoeksvorstellen aangegeven welke onderwerpen daarin aan de orde komen, op welke geneeswijzen en typen therapeuten het betrekking heeft en onder welke populatie gegevens worden verzameld.

Naar aanleiding van dit schema vallen de volgende opmerkingen te maken over het vóórkomen van de hiervoor genoemde aspecten in de verschillende onderzoeksvorstellen.

De *omvang* van (het aanbod aan) alternatieve zorg komt in het eerste deelonderzoek aan bod. Dit deelonderzoek vormt de basis van het programma: het schetst een beeld van de aard en de omvang van de alternatieve praktijk en dient als basis voor verder onderzoek onder beroepsbeoefenaren en patiënten. Een volledig overzicht van het aanbod wordt echter niet bereikt: weliswaar worden vijf van de zes alternatieve 'hoofdstromingen' (vgl. hoofdstuk 2) besproken (manuele geneeswijzen blijven buiten beschouwing; zie onder onderzoeksvorstel 1), maar het onderzoek beperkt zich tot (een belangrijk deel van de) georganiseerde hulpverleners.

Onderzoek naar de *vraag* naar alternatieve geneeswijzen komt in de onderzoeksvorstellen niet als zodanig aan de orde. Over de gerealiseerde vraag is voldoende bekend uit de rapportages van het CBS op grond van de jaarlijkse Gezondheidsenquête. Onderzoek naar de niet-gerealiseerde vraag (om welke reden maken mensen géén gebruik van alternatieve geneeswijzen, onder welke voorwaarden zouden zij dat wél doen) kan een beeld geven van mogelijke toekomstige ontwikkelingen. Onderzoek met alléén deze vraagstelling zou relatief echter kostbaar zijn; aanbevolen wordt deze vraag op te nemen in algemeen patiëntenonderzoek. Denkbaar is ook toekomstig onderzoek naar de vraag naar (en het aanbod aan) alternatieve geneeswijzen in de tweede lijn. Als uit de in het eerste onderzoek uitgevoerde inventarisatie zou blijken dat in één of meer ziekenhuizen relatief veel alternatieve voorzieningen voorhanden zijn, dan zou nagegaan kunnen worden wat daarvan het substituerend effect is (door het gebruik van andere voorzieningen door de alternatief behandelde patiënten te vergelijken met dat door niet-alternatief behandelde).

De *achtergrond* van patiënten en de *klachten* waarmee zij een alternatieve therapeut bezoeken, komen in een aantal onderzoeksvorstellen aan de orde. Zo wordt nagegaan of de patiënten van alternatief werkende huisartsen verschillen van patiënten die bij een regulier werkende huisarts staan ingeschreven. Ook in het onderzoek naar de reguliere consumptie van alternatief behandelde patiënten vindt vergelijking met uitsluitend regulier behandelde plaats. In beide gevallen worden deze aspecten niet als zelfstandige elementen onderzocht, maar als mogelijke verklaringen voor verschillen in verwijs-

cijfers van alternatieve en reguliere huisartsen, respectievelijk verschillen in medische consumptie van patiënten.

Het *gebruik van reguliere zorg* door (ook) alternatief behandelde patiënten komt in twee onderzoeksvorstellen aan de orde. In het ene voorstel (voorstel 6) ligt, in aanvulling op reeds verricht onderzoek, de nadruk op factoren die ziektegedrag en medische consumptie kunnen beïnvloeden. Deze gegevens kunnen licht werpen op de oorzaken van een mogelijk verschil in reguliere consumptie van bezoekers en niet-bezoekers van alternatieve therapeuten. In het andere voorstel (voorstel 7) ligt de nadruk op de financiële gevolgen voor een ziektekostenverzekeraar van het al dan niet gebruiken van alternatieve zorg.

De *samenwerking* van reguliere en alternatieve hulpverleners komt in de voorstellen niet aan de orde. Over de samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten met een reguliere opleiding is voldoende kennis voorhanden, zeker als de resultaten beschikbaar komen van het door het Nivel uitgevoerde samenwerkingsexperiment. Wat betreft de samenwerking met alternatieve therapeuten zonder reguliere opleiding - een onderbelicht terrein - moeten eerst de resultaten van het lopend onderzoek van het Parapsychologisch Instituut worden afgewacht. In dit project nemen samenwerkingsrelaties, gezien vanuit het gezichtspunt van de aan het project deelnemende paranormale genezers, een belangrijke plaats in. De resultaten van het in september 1991 te verschijnen proefschrift over de alternatieve consumptie van patiënten met kanker bieden wellicht aanknopingspunten voor onderzoek naar de acceptatie van alternatieve geneeswijzen onder de betrokken medisch specialisten.

Bij het voorgestelde onderzoek naar het *verwijsgedrag* van alternatieve huisartsen (voorstel 2) zijn vier van de vijf frequent door huisartsen toegepaste geneeswijzen (Visser, 1988) betrokken; ook nu zijn de manuele geneeswijzen buiten beschouwing gelaten. Vastgesteld dient te worden welke plaats alternatieve geneeswijzen in de praktijk van deze huisartsen innemen. Ook moeten mogelijke verschillen tussen alternatieve en reguliere huisartsen wat betreft persoons- en praktijkgebonden kenmerken en patiëntenpopulatie worden uitgeschakeld. Hierin is voorzien door beide groepen huisartsen op bekende relevante punten (zoals leeftijd, vestigingsplaats) met elkaar te matchen, door schriftelijke enquêtes te houden onder alle betrokken huisartsen en door aanvullend onderzoek te verrichten onder hun patiënten (voorstel 3).

Over het *feitelijk handelen* van alternatieve therapeuten zijn nauwelijks resultaten van onderzoek bekend. Weliswaar zal het lopend samenwerkingsproject van het Nivel gegevens leveren, maar dat project is gericht op samenwerking en strekt zich uitsluitend uit tot regulier opgeleide alternatieve

therapeuten. In het nu voorgestelde project (voorstel 4) wordt naast het feitelijk handelen ook aandacht besteed aan de klachten waarmee patiënten een alternatieve therapeut bezoeken.

In het vorige hoofdstuk werd vastgesteld dat onderzoek naar *motieven* van patiënten gericht is op het eenmalige besluit om een alternatieve therapeut te raadplegen, en niet zozeer op motieven om in de tijd afwisselend alternatieve of reguliere hulp te zoeken. Gezien het feit dat veel patiënten die bij een alternatieve therapeut komen, chronische klachten hebben, is dat laatste wel relevant. Het volgen van patiënten door het gezondheidszorgsysteem (regulier, zowel als alternatief), vanaf het moment dat zij een alternatieve therapeut hebben bezocht, is de kern van het vijfde onderzoeksvoorstel. Deze opzet houdt in dat alleen die patiënten worden gevolgd, die eenmaal de keuze voor een alternatieve behandeling hebben gemaakt. Om ook patiënten te volgen die dat niet doen, wordt aansluiting bij ander onderzoek onder chronische patiënten aanbevolen. Ook de *tevredenheid* van patiënten en mogelijke *gedragsverandering* van patiënten worden in dit vijfde voorstel opgenomen, vanuit de gedachte dat deze van belang zijn bij het maken van een keuze voor reguliere of alternatieve hulp.

In principe past onderzoek naar de *effectiviteit van alternatieve behandeling* in een uitgebreid onderzoeksprogramma naar het substitutie-effect van alternatieve geneeswijzen. Het effect van zorg is immers een belangrijk element bij het beoordelen van de kwaliteit daarvan, en hoewel de directe invloed van de resultaten van klinisch (effect)onderzoek op het gedrag van patiënten niet moet worden overschat, is een indirecte invloed - via de verwijzer - goed denkbaar. Desondanks komt dergelijk effectonderzoek in de reeks van onderzoeksvoorstellen niet aan de orde. Een formele reden daarvoor is dat al in de voorgeschiedenis van dit project effectonderzoek en (sociaal-wetenschappelijk) onderzoek naar substitutie-effecten van elkaar werden gescheiden. Beide typen onderzoeken vinden in Nederland in verschillende circuits plaats, waarbij over effectonderzoek wordt geadviseerd door de Gezondheidsraad. Daar wordt momenteel een advies met betrekking tot toekomstig effectonderzoek voorbereid. Het is niet zinvol om in het onderhavige onderzoeksprogramma op dit advies vooruit te lopen.

Onderzoek naar de *kwaliteitsbewakende maatregelen en procedures* wordt evenmin nader uitgewerkt. Dergelijk onderzoek maakt deel uit van de door het Nivel uit te voeren inventarisatie kwaliteitssystemen gezondheidszorg. Deze inventarisatie, die plaats vindt in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, vloeit voort uit de resultaten van een tweetal conferenties over kwaliteit van zorg. In het kader van dit onderzoek zal worden nagegaan welke methodieken voor (elementen van) kwaliteitssystemen op dit moment door de verschillende koepelorganisaties zijn ontwikkeld. Het alternatieve veld is bij dit onderzoek betrokken door de vertegenwoordiging

van het Koepeloverleg Alternatieve Geneeswijzen in de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid die door de NRV is ingesteld.

Onderzoek naar de *kostengevolgen* van het gebruik van alternatieve geneeswijzen is alleen opgenomen in het onderzoek naar verschillen in reguliere consumptie door verzekerden die al dan niet gebruik maken van een veelomvattende 'alternatieve' verzekeringspolis. Méér omvattend onderzoek, in het bijzonder onderzoek naar de kostengevolgen voor patiënten, de gezondheidszorg als geheel en de sociale verzekeringen, stuit op de in hoofdstuk 3 genoemde methodologische problemen.

Onderzoek naar de plaats van alternatieve geneeswijzen in de *verzekering* is opgenomen als een afzonderlijk continu registratie-project (voorstel 8).

5.2.2. Volgorde van de projecten

Uitgangspunt van dit programma is het onderzoeksvoorstel 1, een inventarisatie van alternatieve therapeuten. Op grond van de verzamelde gegevens worden alternatieve huisartsen en andere alternatieve therapeuten van elkaar onderscheiden. Ook biedt de inventarisatie de mogelijkheid van vervolgonderzoek onder therapeuten en patiënten.

De onderzoeksvoorstellen 2 en 4, die betrekking hebben op het feitelijk handelen van respectievelijk alternatieve huisartsen en andere alternatieve therapeuten, sluiten hierop aan.

Met deze drie onderzoeken ontstaat een beeld van de aanbodzijde van de alternatieve geneeswijzen.

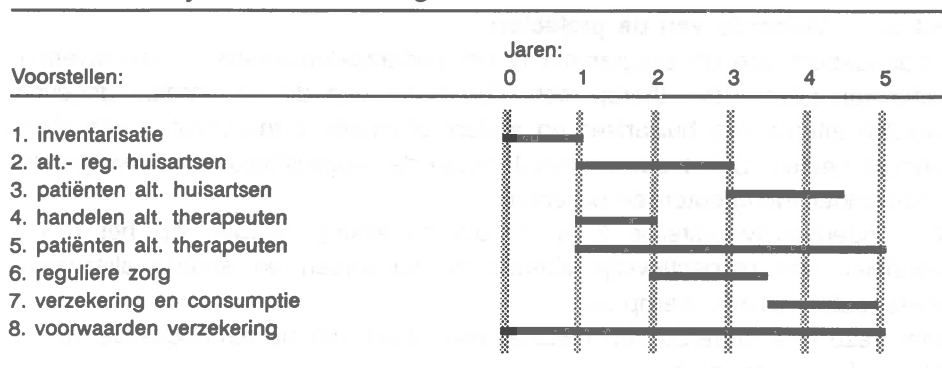
Hierop aansluitend zouden de voorstellen 3 en 6 kunnen worden uitgevoerd. Daarin worden patiënten van alternatieve en reguliere huisartsen met elkaar vergeleken (ter uitsluiting van mogelijke andere verklaringen voor verschillende productiecijfers van beide groepen huisartsen dan het alternatief werken alléén) en wordt de reguliere consumptie van bezoekers en niet-bezoekers nagegaan. Beide voorstellen richten zich op een vergelijking van het alternatieve en het reguliere veld en in beide voorstellen wordt gebruik gemaakt van hetzelfde materiaal, namelijk gegevens van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kostengevolgen van eventueel optredende verschillen in reguliere zorg door alternatieve behandeling kunnen worden nagegaan door aansluitend voorstel 7 uit te voeren, dat eveneens een vergelijking van consumptiegegevens inhoudt.

Het verdient aanbeveling tijdig te beginnen met de voorbereiding van voorstel 5. Daartoe zou de genoemde patiëntenenquête in de praktijken van een aantal alternatieve therapeuten direct na afloop van het eerste, inventariserende onderzoek gehouden moeten worden.

Voorstel 8, tenslotte, is een continu registratieproject en hoeft niet noodzakelijkerwijs in samenhang met de andere voorstellen te worden uitgevoerd.

Schema 5.2 geeft aan hoe het uitvoeren van de acht onderzoeksvorstellen in de tijd dient te verlopen. Rekening houdend met de onderlinge samenhang tussen de projecten, kan het gehele programma in vijf jaar worden uitgevoerd. In het eerste jaar wordt het eerste onderzoeksvorstel uitgevoerd en wordt de uitvoering van de andere projecten voorbereid. In de daarop volgende jaren zijn, afgezien van het continue registratieproject (voorstel 8), telkens drie projecten tegelijk in uitvoering, waarbij overwogen moet worden dat het voorstel 5 een lange doorlooptijd kent waarin niet continu onderzoekswerkzaamheden verricht hoeven te worden. In het schema is geen rekening gehouden met eventuele aanvullende onderzoeken (zoals dat naar de plaats van de alternatieve geneeswijzen in de tweede lijn).

Schema 5.2: tijdschema uitvoering onderzoeksvorstellen.



5.3. Conclusie

Substitutie-onderzoek dient zich te richten op een drietal vragen, namelijk die naar het gebruik van voorzieningen, naar de kwaliteit van de geboden zorg en naar de kosten van de totale zorgverlening.

In de in dit hoofdstuk gepresenteerde acht onderzoeksvorstellen wordt *het gebruik van voorzieningen* vanuit verschillende invalshoeken belicht. Het basismateriaal wordt verzameld in een inventariserend onderzoek onder alternatieve therapeuten, zowel huisartsen als anderen. Centraal staan vervolgens de vragen naar het verwijsgedrag van alternatief werkende huisartsen en naar de reguliere consumptie van alternatief behandelde patiënten. Eerder onderzoek naar het verwijsgedrag laat dermate veel vragen onbeantwoord, dat nieuw onderzoek gerechtvaardigd is; in vergelijking tot eerder onderzoek naar het 'dubbelgebruik' zal in het voorgestelde onderzoek meer aandacht worden besteed aan mogelijk verklarende variabelen. Bij de

genoemde onderzoeksvoorstellen wordt rekening gehouden met mogelijke verschillen in de patiëntenpopulatie van alternatieve en reguliere hulpverleners.

In principe maakt de effectiviteit van de alternatieve zorg deel uit van de *kwaliteit* daarvan. Hoewel de directe invloed van de resultaten van klinisch (effect)onderzoek op het gedrag van patiënten niet moet worden overschat, is een indirecte invloed - via de verwijzer - goed denkbaar. Het adviseren over effectonderzoek behoort echter tot de competentie van de Gezondheidsraad en dergelijk onderzoek komt in dit onderzoeksprogramma dan ook niet aan de orde. Wel wordt ingegaan op het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten en de door patiënten ervaren kwaliteit (motieven voor een bezoek, tevredenheid).

De vraag naar de *kostengevolgen* van het gebruik van alternatieve geneeswijzen voor de gezondheidszorg als geheel en voor de sociale verzekeringen wordt door het voorgestelde programma van onderzoek niet beantwoord. De methodologische problemen zijn daarvoor te groot. Wel wordt, in een deelonderzoek, gekeken naar de kostengevolgen van het gebruik voor een ziektekostenverzekeraar.

In de onderzoeksvoorstellen komen vijf van de zes door de Commissie Muntendam onderscheiden hoofdstromingen binnen de alternatieve geneeswijzen aan bod; manuele geneeswijzen blijven vanwege de dubbelzinnige positie van met name de manuele therapie buiten beschouwing. Om toch enige grenzen aan te brengen, is het merendeel van de onderzoeksvoorstellen beperkt tot alternatieve therapeuten die lid zijn van een (grote) 'alternatieve' beroepsorganisatie (en dus een gedegen 'alternatieve' opleiding achter de rug hebben). Binnen de homeopathie, acupunctuur, natuurgeneeswijze en paranormale geneeswijze doen zowel regulier als niet-regulier opgeleiden aan het onderzoek mee; binnen de antroposofische geneeswijze gaat het alleen om regulier opgeleide artsen.

Tenslotte zij opgemerkt dat een aantal vragen nog is blijven rusten, voor de beantwoording waarvan aansluiting gezocht kan worden bij 'regulier' onderzoek dan wel, in een later stadium, aanvullend onderzoek geformuleerd kan worden. Onderzoek naar de niet-gerealiseerde vraag naar alternatieve geneeswijzen en onderzoek waarin een cohort chronische patiënten (niet noodzakelijkerwijs bezoekers van alternatieve therapeuten) wordt gevolgd in hun gang door de gezondheidszorg, kunnen beter worden opgezet in een breder kader dan dat van een onderzoeksprogramma rond alternatieve geneeswijzen alléén. Op drie andere terreinen dienen de resultaten van uit te voeren of lopend onderzoek te worden afgewacht, alvorens afzonderlijke onderzoeksprojecten op te zetten. Deze drie terreinen zijn: het substituerend effect van alternatieve geneeswijzen in de tweede lijn (op te zetten indien uit

deelonderzoek 1 een voldoende groot aanbod aan alternatieve voorzieningen in een aantal ziekenhuizen zou blijken) en onderzoek naar de samenwerking tussen alternatieve therapeuten en specialisten (mogelijk op te zetten als vervolg op onlangs afgesloten - maar nog niet gepubliceerd - onderzoek onder kankerpatiënten) en tussen huisartsen en niet-regulier opgeleide alternatieve therapeuten (als mogelijk vervolg op het door het Parapsychologisch Instituut uitgevoerde onderzoek onder paranormale genezers).

6. ORGANISATIE EN COÖRDINATIE VAN HET SUBSTITUTIE-ONDERZOEK

Nu het onderzoeksprogramma in grote lijnen is geschetst, wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de tweede vraagstelling van dit project, namelijk die welke betrekking heeft op de voor het uitvoeren van het programma benodigde coördinatie (zie ook paragraaf 1.2).

Alvorens die vraag te beantwoorden worden eerst de kenmerken van het voorgestelde programma op een rijtje gezet. Vervolgens worden de mogelijke taken van een coördinerende instantie besproken, ongeacht de vorm waarin deze coördinatie wordt gegoten. Tenslotte worden mogelijke modellen voor coördinatie besproken en wordt een keuze gemaakt. Een afzonderlijke paragraaf is gewijd aan de kosten van de uitvoering van het programma.

6.1. Kenmerken van het programma

Kenmerkend voor de in het vorige hoofdstuk voorgestelde reeks van onderzoeksvoorstellen (het 'programma') en voor het object van onderzoek (het alternatieve veld) zijn ondermeer de volgende punten:

- met het programma zijn de onderzoeken in hoofdlijnen vastgesteld. Programmering is daarmee reeds gedaan; resteert de taak de voorgestelde onderzoeken nader uit te werken, bij te stellen, te doen uitvoeren en te begeleiden.
- in vergelijking tot andere programma's van onderzoek heeft het programma betrekking op een relatief klein terrein van onderzoek.
- het voorgestelde programma heeft uitsluitend betrekking op sociaal-wetenschappelijk onderzoek op dit terrein.
- het aantal onderzoeksgroepen dat expertise heeft op dit terrein is niet groot.
- de voorgestelde onderzoeken vormen een op elkaar afgestemd geheel en bouwen in een aantal gevallen op elkaars resultaten voort. Gestreefd wordt naar een accumulatie van kennis.
- nauw verwant met dit programma is het (klinisch) onderzoek naar de effecten van alternatieve geneeswijzen, waarover door de Gezondheidsraad wordt geadviseerd; sociaal-wetenschappelijk en klinisch onderzoek dienen in relatie tot elkaar te worden uitgevoerd.
- het onderwerp van onderzoek - de toepassing van alternatieve geneeswijzen - staat volop in de belangstelling en is onderwerp van maatschappelijke discussie.
- het veld van de alternatieve geneeswijzen is sterk versnipperd en wordt

vertegenwoordigd door een groot aantal organisaties van beroepsbeoefenaren en patiënten.

Samenvattend zijn de kleinschaligheid en de onderlinge verwevenheid van het onderzoek belangrijke karakteristieken van het programma en het gebrek aan algehele maatschappelijke acceptatie belangrijke karakteristieken van het 'veld'.

6.2. Taken van een coördinatiepunt

De taken van een in te stellen coördinatiepunt hebben zowel betrekking op de begeleiding van de onderzoeksprojecten afzonderlijk als op de coördinatie van de verschillende projecten. Meer specifiek kunnen de taken, mede met het oog op de in paragraaf 6.1 genoemde karakteristieken van het programma zelf en het veld waarop het betrekking heeft, als volgt worden omschreven.

- 1 Het coördinatiepunt heeft tot taak de voorgestelde onderzoeken nader uit te werken, bij te stellen, te doen uitvoeren en te begeleiden. Het waakt over de kwaliteit van het uit te voeren onderzoek en draagt er zorg voor dat de resultaten van het onderzoek zich lenen als basis van vervolgonderzoek.
- 2 Waar mogelijk draagt het zorg voor de introductie van het onderzoek bij de te onderzoeken populatie (huisartsen, alternatieve therapeuten, patiënten) of bij instanties die data kunnen leveren (ziektekostenverzekeraars).
- 3 Het stelt zich op de hoogte van de resultaten van onderzoek op het gebied van de alternatieve geneeswijzen dat elders wordt uitgevoerd, zowel in Nederland als in het buitenland.
- 4 Op basis van de resultaten van 'eigen' en elders uitgevoerd onderzoek worden voorstellen gedaan voor aanvullend onderzoek, voorzover dat past in het vastgestelde kader. Een voorbeeld daarvan is nader onderzoek naar de samenwerking met niet-regulier opgeleiden (als mogelijk vervolg op het door het Parapsychologisch Instituut uitgevoerd onderzoek) en naar alternatieve geneeswijzen in de tweede lijn (als mogelijk vervolg op het onderzoek onder patiënten met kanker).
- 5 Het zorgt ervoor dat de resultaten van de onderzoeksprojecten, zowel afzonderlijk als in hun onderlinge samenhang, toegankelijk zijn voor het beleid en voor andere betrokkenen. Dat kan gebeuren door het populariseren van onderzoeksresultaten en door het organiseren van periodieke bijeenkomsten of symposia.
- 6 Het draagt er zorg voor dat bij elders uit te voeren 'regulier' onderzoek waar mogelijk en gewenst het onderwerp 'alternatieve geneeswijzen' wordt

betrokken. Voorbeelden zijn: onderzoek naar kwaliteitsbewaking in een algemeen onderzoek naar kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg; longitudinaal onderzoek naar de (alternatieve) loopbaan van patiënten door het gezondheidszorgsysteem in een algemeen longitudinaal patiëntenonderzoek.

- 7 Het onderhoudt contacten met relevante organisaties zowel aan reguliere als aan alternatieve zijde, zoals de Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Gezondheidsraad, het IDAG en de reguliere en alternatieve beroepsorganisaties.

6.3. Mogelijke organisatievormen

In principe kan de coördinatie op twee verschillende manieren plaatsvinden.

In de eerste variant worden alle deelstudies uitgevoerd door een op te zetten *onderzoekscentrum alternatieve geneeswijzen*.

Dit onderzoekscentrum is ingebed in een bestaand instituut voor wetenschappelijk onderzoek, maar heeft wel een eigen identiteit. Dat betekent ondermeer dat een vaste projectleider verantwoordelijk is voor de voortgang van het onderzoek. Het centrum wordt begeleid door een stuurgroep met vertegenwoordigers uit het veld. Het secretariaat van deze stuurgroep wordt gevoerd door de genoemde projectleider, die een aantal taken, zoals het onderhouden van contacten met het veld en andere relevante instanties, van de stuurgroep overneemt.

In de tweede variant wordt het onderzoek niet door één onderzoekscentrum uitgevoerd, maar door een of meer bestaande onderzoeksgroepen. Coördinatie vindt plaats door de instelling van een *programmacommissie alternatieve geneeswijzen*, waarin vertegenwoordigers van het veld zijn opgenomen. Deze commissie adviseert de opdrachtgever over de uitvoering van het vastgestelde onderzoeksprogramma.

Een belangrijk voordeel van de eerste variant is de compactheid. Het feit dat alle onderzoek door één groep wordt uitgevoerd maakt het relatief eenvoudig de onderzoeksactiviteiten te coördineren. Binnen een beperkte groep van onderzoekers vindt bovendien eenvoudig cumulatie van kennis plaats. De projectleider van de onderzoeksgroep heeft in deze opzet een dubbelrol: naast directe betrokkenheid bij het onderzoek is hij of zij ook belast met het secretariaat van de stuurgroep en het uitvoeren van een aantal aan deze groep toegeschreven taken, zoals het onderhouden van contacten met betrokken organisaties. De lijnen tussen stuurgroep en onderzoekers zijn

daardoor klein. Door de groep niet afzonderlijk te laten bestaan, maar in te bedden in een bestaand instituut kan efficiënt gebruik worden gemaakt van de daar aanwezige voorzieningen. Daarbij moet niet alleen aan materiële zaken worden gedacht, maar ook in termen van 'intercollegiale toetsing'. Een nadeel van deze variant is dat slechts gebruik wordt gemaakt van de expertise van één enkele onderzoeksgroep.

Een voordeel van de tweede variant is dat gebruik gemaakt wordt van de expertise van verschillende onderzoeksgroepen. De structuur is naar buiten toe open. Een nadeel daarvan is dat de coördinatie tussen de verschillende betrokken onderzoekers minder eenvoudig zal verlopen. Bovendien leidt het onderhouden van contacten met verschillende onderzoeksgroepen (aan wie wordt gevraagd onderzoeksvoorstellen uit te werken, of die zelf bij de commissie onderzoeksvoorstellen ter beoordeling indienen) tot relatief grote overheadkosten.

6.4. Coördinatie van substitutie-onderzoek

Gezien de kenmerkende kleinschaligheid en verwevenheid van het in het programma voorgestelde onderzoek, wordt in onderstaande opzet voor de coördinatie van het onderzoek uitgegaan van de eerste genoemde variant. Een al te gesloten karakter wordt voorkomen door nadrukkelijk de mogelijkheid open te houden dat delen van het programma door een andere, op een bepaald terrein meer ervaren, onderzoeksgroep worden uitgevoerd.

In deze opzet zijn drie elementen van belang: de stuurgroep, de onderzoeksgroep en het secretariaat van de stuurgroep.

De *stuurgroep* bestaat uit zeven personen, namelijk een onafhankelijke voorzitter, een vertegenwoordiger namens de onderzoeksgroep en telkens één persoon voorgedragen door de volgende organisaties: KNMG, AAG/-NOVAG/LONG, VNZ/KLOZ, NRV en ZFR. De vertegenwoordigers hebben affiniteit met en kennis van wetenschappelijk onderzoek.

Wat betreft de coördinatie van onderzoek heeft deze stuurgroep de volgende taken:

- het definitief vaststellen van het onderzoeksprogramma;
- het geven van advies over de uitvoering van het onderzoeksprogramma (indien delen daarvan niet door de 'vaste' onderzoeksgroep zouden worden uitgevoerd);
- het vaststellen van eventueel aanvullend onderzoek dat in het programma past;

- het beoordelen van uitgewerkte onderzoeksvoorstellen;
- het bespreken van de mogelijkheden om onderzoek op het gebied van de alternatieve geneeswijzen een plaats te geven in lopend 'regulier' onderzoek.

Daarnaast heeft de stuurgroep een taak in het begeleiden van de afzonderlijke onderzoeken. Het verdient aanbeveling de stuurgroep voor ieder project uit te breiden met personen die op het desbetreffende terrein deskundig zijn (bijvoorbeeld: een huisarts, een antroposofisch arts). Zo nodig (en om de groep minder te belasten) kan de stuurgroep de begeleidende taken aan een alleen uit dergelijke 'specifieke' deskundigen bestaande begeleidingscommissie overdragen. De begeleidende taken van de stuurgroep zijn de volgende:

- het introduceren van het onderzoek bij de te onderzoeken populatie (huisartsen, alternatieve therapeuten, patiënten) of bij instanties die data kunnen leveren (ziektekostenverzekeraars);
- het waken over de kwaliteit van het onderzoek, ondermeer door regelmatige voortgangsrapportages en publikaties te bespreken.

De mogelijkheid bestaat dat in de nabije toekomst naast dit programma voor substitutie-onderzoek ook een programma voor effectonderzoek op het gebied van de alternatieve geneeswijzen wordt ontwikkeld. Mocht dat zo zijn, dan is enige betrokkenheid van de stuurgroep bij dat onderzoek gewenst, gezien de geconstateerde (indirecte) relatie tussen het effect van een behandeling en een mogelijk substituerend effect daarvan. Voor die betrokkenheid zijn twee mogelijkheden denkbaar. De eerste mogelijkheid is dat de stuurgroep zelf ook een rol gaat vervullen bij de coördinatie van het effect-onderzoek. De tweede mogelijkheid is dat voor het vervullen van die taak een afzonderlijke stuurgroep wordt gevormd. Gezien de verschillen in methoden tussen beide typen onderzoek verdient deze laatste mogelijkheid de voorkeur. Wel dient het werk van beide stuurgroepen in dat geval op enigerlei wijze gecoördineerd te worden, zodat de resultaten van het ene onderzoeksprogramma zo nodig en zo mogelijk in dat van het andere kunnen worden ingepast. In de verdere beschrijving van de coördinatie van het substitutie-onderzoek wordt uitgegaan van de veronderstelling dat de stuurgroep alleen taken op dit gebied zal hebben.

De stuurgroep wordt bijgestaan door een *secretariaat*, bestaande uit de projectleider van de onderzoeksgroep en zijn of haar secretariële medewerkers. Dit secretariaat heeft de volgende taken:

- het voorbereiden van de besluitvorming over de genoemde taken van de stuurgroep;
- het onderhouden van contacten met betrokken organisaties en andere onderzoeksinstellingen op 'alternatief' terrein;

- het toegankelijk maken van de resultaten van uitgevoerd onderzoek voor beleid en andere betrokkenen.

Uitvoering van het onderzoek is de verantwoordelijkheid van de *onderzoeksgroep*, die bestaat uit twee tot drie onderzoekers (exclusief de projectleider). Deze onderzoeksgroep is ingebed in een bestaand onderzoeksinstituut. Ze kan gebruik maken van de materiële voorzieningen van dat instituut (huisvesting, administratie, apparatuur). Voor intercollegiaal overleg kunnen de onderzoekers bij collega's van het onderzoeksinstituut terecht.

In principe voert de onderzoeksgroep alle geformuleerde onderzoeksvorstellen uit. Indien de stuurgroep dit noodzakelijk acht (bijvoorbeeld indien een onderzoeksproject specifieke deskundigheid vereist), kan zij de opdrachtgever echter adviseren een andere onderzoeksgroep met de uitvoering van een deelonderzoek te belasten. Zo is het voorstelbaar dat het achtste genoemde onderzoeksvorstel - de continue registratie van de voorwaarden voor verzekering van alternatieve behandelingen - door een andere instantie wordt uitgevoerd dan de zeven 'echte' onderzoeksvorstellen.

6.5. De kosten van uitvoering en coördinatie van het programma

De kosten van het programma vallen uiteen in de kosten van de afzonderlijke onderzoeken en de kosten van de coördinatie.

De kosten van de afzonderlijke onderzoeken zijn als volgt te schatten:

1. inventarisatie alternatieve therapeuten	200.000
2. vergelijking ziekenfondsgegevens	380.000
3. patiëntenenquête alternatieve huisartsen	300.000
4. handelen alternatieve therapeuten	170.000
5. patiënten van alternatieve therapeuten	425.000
6. gebruik van reguliere zorg	225.000
7. verzekeringswijze en consumptie	225.000
8. registratie verzekeringsvoorwaarden	30.000
Totale kosten onderzoek	1.955.000

Bij deze kosten is geen rekening gehouden met de kosten van de verwerving van databestanden, zoals die van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (project 3 en 6) en van gegevens van ziekenfondsen (project 2) en een particuliere ziektekostenverzekeraar (project

7). Deze kosten kunnen worden geraamd op 50.000 gulden.

Het verdient tevens aanbeveling gelden te reserveren voor aanvullend onderzoek, over de uitvoering waarvan gedurende de looptijd van het programma een definitief besluit kan worden genomen, mede naar aanleiding van de resultaten van elders uitgevoerd, nog lopend onderzoek. Voor onderzoek naar de niet-gerealiseerde vraag naar alternatieve geneeswijzen en onderzoek waarin een cohort chronische patiënten (niet noodzakelijkerwijs bezoekers van alternatieve therapeuten) wordt gevolgd in hun gang door de gezondheidszorg, dient aansluiting te worden gezocht bij elders uit te voeren 'regulier' onderzoek. Voorts dienen gelden te worden gereserveerd voor aanvullend onderzoek op drie andere terreinen: het substituerend effect van alternatieve geneeswijzen in de tweede lijn (op te zetten indien uit deelonderzoek 1 een voldoende groot aanbod aan alternatieve voorzieningen in één of meer ziekenhuizen zou blijken) en onderzoek naar de samenwerking tussen alternatieve therapeuten en specialisten (mogelijk op te zetten als vervolg op onlangs afgesloten - maar nog niet gepubliceerd - onderzoek onder kankerpatiënten) en tussen huisartsen en niet-regulier opgeleide alternatieve therapeuten (als mogelijk vervolg op het door het Parapsychologisch Instituut uitgevoerde onderzoek onder paranormale genezers). Voor mogelijke uitvoering van deze projecten zou een aanvullend bedrag van 800.000 gulden gereserveerd moeten worden.

Tenslotte dient een bedrag van 15.000 gulden gereserveerd te zijn voor het toegankelijk maken van de resultaten van het onderzoek door middel van de organisatie van drie symposia.

Aanvullende onderzoekskosten zijn daarmee de volgende:

1. Reservering kosten databestanden	50.000
2. Reservering extra onderzoek	800.000
3. Reservering kosten symposia	15.000
Totale reservering extra kosten onderzoek	865.000

De kosten van de coördinatie betreffen de kosten van de stuurgroep (presen-tiegelden, reiskosten) en de kosten van het secretariaat, dat wordt gevoerd door de projectleider en diens secretariële ondersteuning. (Hierbij wordt er van uitgegaan dat de taken van de stuurgroep uitsluitend betrekking hebben op de coördinatie van het substitutie-onderzoek). Per jaar worden de kosten van de stuurgroep (bij drie jaarlijkse vergaderingen) geschat op 6.000 gulden; kosten van de projectleider bedragen, inclusief secretariële ondersteuning, 190.000 per jaar. Uitgaande van een totale duur van het programma van vijf jaar bedragen de kosten van de coördinatie dus:

1. Projectleider, secretariaat	950.000
2. Stuurgroep	30.000
Totale kosten coördinatie	980.000

Uitgaande van een onderzoeksperiode van vijf jaar bedragen de totale kosten van het project daarmee 3.800.000 gulden, waarvan een bedrag van 865.000 gulden is gereserveerd ten behoeve van nog niet geplande uitgaven (kosten van de databestanden, symposia en aanvullend onderzoek).

In onderstaand schema wordt een raming gegeven van de jaarlijkse kosten van het project.

De kosten van ieder afzonderlijk onderzoek zijn aan de hand van schema 5.2 naar evenredigheid over de verschillende jaren verdeeld (alleen met betrekking tot deelonderzoek 5 is ervan uitgegaan dat het zwaartepunt aan het begin - in het tweede projectjaar - zal liggen).

De kosten van de coördinatie zijn over vijf jaren verdeeld. De te reserveren kosten (voor de aanschaf van databestanden, het organiseren van symposia en aanvullend onderzoek) zijn over vier jaren verdeeld, omdat niet verwacht wordt dat hiervan al in het eerste projectjaar gebruik zal worden gemaakt.

Tabel 6.1 Raming van de jaarlijkse kosten van het onderzoek en de coördinatie (in duizenden gulden)

	Jaren:					totaal
	1	2	3	4	5	
Onderzoek 1	200	-	-	-	-	200
2	-	190	190	-	-	380
3	-	-	-	200	100	300
4	-	170	-	-	-	170
5	-	200	75	75	75	425
6	-	-	150	75	-	225
7	-	-	-	75	150	225
8	6	6	6	6	6	30
Totaal onderzoek:	206	566	421	431	331	1955
Coördinatie	196	196	196	196	196	980
Reservering	-	217	216	216	216	865
Totaal	402	979	833	843	743	3800

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Dit rapport gaat over de vraag of door middel van wetenschappelijk onderzoek kan worden nagegaan of het gebruik van alternatieve geneeswijzen een substituerend effect heeft op het gebruik van reguliere gezondheidszorgvoorzieningen. Ook wordt de vraag beantwoord op welke wijze en onder welke voorwaarden het benodigde onderzoek uitgevoerd zou moeten worden. Aangegeven is welke onderzoeken nodig zijn om een eventueel substitutie-effect te kunnen vaststellen en op welke manier dergelijk onderzoek het best gecoördineerd zou kunnen worden. Dat laatste is nodig om ervoor te zorgen dat het onderzoek voldoet aan eisen van kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid.

In dit laatste hoofdstuk worden enkele conclusies geformuleerd en worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek en voor de organisatie daarvan.

7.1. Conclusies

Over het begrip substitutie wordt veel geschreven en gepraat. Het meest gangbaar is de definitie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, die onder substitutie verstaat '...het met een specifiek doel geheel of gedeeltelijk vervangen van een bestaande voorziening door een andere voorziening, met behoud van de oorspronkelijke doelstellingen en de daaraan gerelateerde functies en gericht op dezelfde dan wel een vergelijkbare populatie'. Waar het gaat om substitutie van reguliere door alternatieve zorg is deze definitie niet bruikbaar. Onzekerheid over de kwaliteit en de kosten van alternatieve geneeswijzen maken het immers onwaarschijnlijk dat het beleid van de overheid (of een andere beleidsmakende instantie) erop gericht zou zijn reguliere zorg bewust door alternatieve zorg te vervangen. Bovendien is het wel aannemelijk, maar geen vaststaand gegeven, dat de populatie van de alternatieve en de reguliere zorg dezelfde is; denkbaar is ook dat beide zorgsystemen hetzij in de praktijk, hetzij in de beleving van de behandelde patiënten een verschillende functie hebben.

Beter bruikbaar is dan ook een minder vergaande definitie van substitutie. Deze wordt daarin opgevat als '...een spontaan verlopend proces, waarbij een toenemend gebruik van alternatieve zorg leidt tot een afnemend gebruik van reguliere zorg, zonder dat daarbij sprake is van een bewuste sturing'. Van substitutie kan slechts sprake zijn voorzover de alternatieve zorg zich op dezelfde populatie richt als de reguliere zorg en voor deze populatie een

zelfde functie vervult.

Onderzoek naar het substitutie-effect van (het gebruik van) alternatieve geneeswijzen zou antwoord moeten geven op de volgende drie vragen:

- vindt door het gebruik van alternatieve geneeswijzen een verandering plaats in het gebruik van (reguliere) zorg?
- wat is de kwaliteit van de geboden alternatieve zorg, zowel in objectieve als in subjectieve termen, in relatie tot de kwaliteit van de reguliere zorg?
- welke gevolgen heeft het gebruik van alternatieve zorg voor de kosten van de gezondheidszorg in zijn geheel?

Uitgangspunt van dit rapport is de eerdere conclusie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad dat één alomvattend substitutie-onderzoek niet mogelijk is (NRV, 1988). Om die reden worden bovenstaande vragen uiteengelegd in een aantal aspecten.

Ten aanzien van de vraag naar het gebruik van voorzieningen zijn dat:

- de omvang van de alternatieve zorg
- de vraag naar alternatieve geneeswijzen
- de achtergronden van patiënten die gebruik maken van alternatieve zorg
- de klachten waarmee patiënten een alternatieve therapeut bezoeken
- het gebruik van reguliere zorg door alternatief behandelde patiënten
- samenwerking tussen reguliere en alternatieve zorg
- het verwijsgedrag van alternatief werkende huisartsen

Ten aanzien van de vraag naar de kwaliteit van de zorg zijn dat:

- het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten
- de motieven van patiënten om een beroep te doen op alternatieve hulp
- tevredenheid van patiënten met de verleende zorg
- gedragsverandering als gevolg van alternatieve behandeling
- de effectiviteit van alternatieve behandeling
- kwaliteitsbewaking in de alternatieve zorg

Ten aanzien van de vraag naar de kosten van de zorg zijn dat:

- de kosten van het gebruik van alternatieve geneeswijzen
- de plaats van de alternatieve geneeswijzen in de ziektekostenverzekeringen

De haalbaarheid en wenselijkheid van onderzoek naar deze vijftien aspecten is verschillend:

Alomvattend onderzoek naar de *omvang* van (het aanbod aan) alternatieve zorg is feitelijk onmogelijk, omdat daarbij ook de (moeilijk toegankelijke) ongeorganiseerde hulpverleners betrokken zouden moeten worden. Bovendien is daartoe een scherpere omschrijving van het veld van de alternatieve

geneswijzen nodig.

Haalbaar is onderzoek naar georganiseerde hulpverleners binnen een beperkt aantal omschreven geneswijzen. Deze hulpverleners kunnen zowel regulier als niet-regulier zijn opgeleid.

Onderzoek naar de gerealiseerde vraag naar alternatieve geneswijzen komt aan de orde in de jaarlijkse Gezondheidsenquête van het CBS, en wordt daarmee voldoende gedekt. Onderzoek naar de niet-gerealiseerde vraag (om welke reden maken mensen géén gebruik van alternatieve geneswijzen, onder welke voorwaarden zouden zij dat wèl doen) is relevant maar te kostbaar om in een afzonderlijk project uit te voeren.

Onderzoek naar de *achtergrond* van patiënten en naar de *klachten* waarmee zij een alternatieve therapeut bezoeken, is haalbaar. Enkele belangrijke achtergrondkenmerken zijn bekend, maar deze kunnen het al dan niet bezoeken van een alternatieve therapeut onvoldoende verklaren. Van belang is onderzoek naar meer subjectieve aspecten: ervaren ernst van de klacht, gezondheidsbeleving en dergelijke.

Bij onderzoek naar het *gebruik van reguliere zorg* door (ook) alternatief behandelde patiënten moet, bij een vergelijking met regulier behandelde patiënten, rekening worden gehouden met mogelijke verschillen tussen beide groepen, in het bijzonder met betrekking tot de gezondheid van patiënten. Een dergelijke vergelijking is mogelijk.

Naar de *samenwerking* van reguliere en alternatieve hulpverleners is of wordt reeds onderzoek verricht, in het bijzonder naar de samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten met een reguliere opleiding.

Onderzoek naar het *verwijsgedrag* van alternatieve huisartsen is van belang, omdat het een direct antwoord geeft op het substitutie-effect van alternatieve behandelingen door de huisarts. Bij een vergelijking van verwijscijfers van alternatieve en reguliere huisartsen moeten mogelijke verschillen tussen alternatieve en reguliere huisartsen wat betreft persoons- en praktijkgebonden kenmerken en patiëntenpopulatie worden uitgeschakeld. Dat is ondermeer mogelijk door schriftelijke enquêtes te houden onder de betrokken huisartsen en door aanvullend onderzoek te verrichten onder hun patiënten.

Onderzoek naar het *feitelijk handelen* van alternatieve therapeuten staat nog in de kinderschoenen. Onderzoek op dit gebied is relevant en haalbaar, mits de te onderzoeken groep nauwkeurig wordt omschreven.

Reeds verricht onderzoek naar *motieven* van patiënten is vooral gericht op het eenmalige besluit om een alternatieve therapeut te raadplegen. Motieven om in de tijd afwisselend alternatieve of reguliere hulp te zoeken, verdienen de aandacht. Daartoe zou een groep patiënten gedurende enige tijd in hun 'loopbaan' door de gezondheidszorg, zowel regulier als alternatief, gevolgd moeten worden. In dergelijk onderzoek kunnen ook de *tevredenheid* van

patiënten en mogelijke *gedragsverandering* als gevolg van alternatieve hulp, worden betrokken.

In principe past onderzoek naar de *effectiviteit van alternatieve behandeling* in een uitgebreid onderzoeksprogramma naar het substitutie-effect van alternatieve geneeswijzen. Het effect van zorg is immers een belangrijk element van de kwaliteit daarvan. Over effectonderzoek wordt echter binnenkort advies uitgebracht door de Gezondheidsraad. Het is niet zinvol om in het onderhavige onderzoeksprogramma op dat advies vooruit te lopen.

Onderzoek naar de *kwaliteitsbewakende maatregelen en procedures* past eveneens binnen een ander kader, namelijk de onlangs begonnen inventarisatie kwaliteitssystemen gezondheidszorg, die plaats vindt in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Onderzoek naar de totale *kostengevolgen* van het gebruik van alternatieve geneeswijzen - inclusief die voor de patiënt zelf, voor de gezondheidszorg als geheel en voor de sociale verzekering - stuit op grote methodologische problemen.

Wel is het mogelijk op kleine schaal de kosten na te gaan die het gebruik van alternatieve zorg voor een ziektekostenverzekeraar met zich meebrengt. Onderzoek naar de plaats van alternatieve geneeswijzen in de *verzekering* is zonder meer haalbaar.

Geconcludeerd kan worden dat van de drie hiervoor geformuleerde vragen die naar de kosten niet anders dan op kleine schaal - de huidige kosten voor een ziektekostenverzekeraar - beantwoord kan worden. De andere twee vragen vallen uiteen in een aantal deelaspecten, die voor het merendeel te onderzoeken zijn, mits een duidelijke grens wordt gesteld aan het aantal bij onderzoek te betrekken alternatieve geneeswijzen. Onderzoek op een aantal van de genoemde deelaspecten is niet zinvol omdat daarvan reeds voldoende bekend is; in een aantal gevallen verdient het aanbeveling om met onderzoek te wachten op de resultaten van onlangs uitgevoerd of nog uit te voeren onderzoek.

7.2. Aanbevelingen

Ten aanzien van toekomstig onderzoek:

Aanbevolen wordt een achttal onderzoeksprojecten te doen uitvoeren.

- 1 Een inventarisatie van alternatieve therapeuten die acupunctuur (artsen, fysiotherapeuten en niet-regulier opgeleiden), antroposofische geneeswijze (artsen), homeopathie (artsen en niet-regulier opgeleiden), natuurgenees-

wijze (artsen en niet-regulier opgeleiden) of paranormale geneeswijze (niet-regulier opgeleiden) toepassen en lid zijn van een (grote) beroepsorganisatie van alternatieve therapeuten. Doel van deze inventarisatie is een beeld te schetsen van de aard en omvang van de alternatieve praktijk van deze beroepsbeoefenaren.

Ten aanzien van huisartsen die alternatieve geneeswijzen bij hun eigen patiënten toepassen worden twee onderzoeken voorgesteld:

- 2 Een vergelijking van ziekenfondsgegevens van alternatief en regulier werkende huisartsen. Daarbij zijn die huisartsen betrokken die, blijkens de resultaten van deelonderzoek 1, acupunctuur, antroposofische geneeswijze, homeopathie of natuurgeneeswijze toepassen bij de elgen patiënten. Doel van het project is het vergelijken van produktiecijfers (verwijs-, opname- en ligduurcijfers) van alternatief en regulier werkende huisartsen.
- 3 Een aanvullende enquête onder de patiënten van alternatief werkende huisartsen. Daarbij zijn patiënten betrokken die staan ingeschreven bij een huisarts die voor een substantieel deel van zijn patiënten een of meer van de genoemde alternatieve geneeswijzen toepast. Doel van het project is mogelijke verschillen in de patiëntenpopulatie van alternatief en regulier werkende huisartsen op het spoor te komen.

Ten aanzien van de andere alternatieve therapeuten worden vier onderzoeken voorgesteld:

- 4 Onderzoek naar het feitelijk handelen van alternatieve therapeuten. Daarbij zijn alle in deelproject 1 gevonden therapeuten betrokken die zich uitsluitend met alternatieve geneeswijzen bezighouden of die spreekuren houden waarin patiënten uitsluitend voor een alternatieve behandeling terecht kunnen. Doel van het project is systematisch kennis te verzamelen over het handelen van deze therapeuten, zoals de wijze van diagnostiek, de therapie, de duur en de kosten van de behandeling en samenwerking met reguliere hulpverleners.
- 5 Onderzoek onder patiënten van alternatieve therapeuten. Bij dit project wordt een aantal patiënten van de bij voorstel 4 betrokken alternatieve therapeuten gevolgd in hun 'loopbaan' door de gezondheidszorg, zowel regulier als alternatief. Doel van het project is het vaststellen van de functie die alternatieve behandeling voor patiënten heeft, van hun 'loopbaan' door de gezondheidszorg, van hun motieven voor een bezoek aan reguliere en alternatieve hulpverleners en van eventuele gedragsveranderingen als gevolg van de alternatieve behandeling.
- 6 Onderzoek naar het gebruik van reguliere zorg door alternatief en niet-alternatief behandelde patiënten. Dit project wordt uitgevoerd op basis van gegevens uit de patiëntenenquête van de Nationale Studie van ziekten en

verrichtingen in de huisartspraktijk. Doel van het project is verschillen in de reguliere consumptie vast te stellen tussen patiënten die wèl en patiënten die niet gebruik maken van alternatieve zorg.

- 7 Verzekeringwijze en consumptie. Bij dit project wordt gebruik gemaakt van consumptiegegevens verzameld bij een particuliere ziektekostenverzekeraar. Doel van het project is een vergelijking te maken van de reguliere consumptie (en de daaruit voortvloeiende kosten) van verzekerden die wèl en verzekerden die niet gebruik maken van een polis waarin een ruim aanbod aan alternatieve behandelingen wordt vergoed.

Ten aanzien van de verzekeringen wordt voorgesteld:

- 8 Een continu registratieproject waarin de voorwaarden van verzekering van alternatieve geneeswijzen bij de verschillende ziektekostenverzekeraars worden vastgelegd.

Daarnaast wordt toekomstige uitvoering van een vijftal projecten in overweging gegeven.

- 1 Voor onderzoek naar de niet-gerealiseerde vraag naar alternatieve geneeswijzen (om welke reden maken mensen géén gebruik van alternatieve geneeswijzen en onder welke voorwaarden zouden zij dat wèl doen) dient aansluiting te worden gezocht bij elders uitgevoerd patiëntenonderzoek.
- 2 Datzelfde geldt voor onderzoek waarin een cohort chronische patiënten (niet noodzakelijkerwijs bezoekers van alternatieve therapeuten) wordt gevolgd in hun gang door de gezondheidszorg.
- 3 Onderzoek naar het substituerend effect van alternatieve geneeswijzen in de tweede lijn kan worden opgezet indien uit deelonderzoek 1 een voldoende groot aanbod aan alternatieve voorzieningen in één of meer ziekenhuizen zou blijken.
- 4 Onderzoek naar de samenwerking tussen alternatieve therapeuten en specialisten kan worden opgezet als vervolg op onlangs afgesloten (maar nog niet gepubliceerd) onderzoek onder kankerpatiënten.
- 5 Onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en niet-regulier opgeleide alternatieve therapeuten is een mogelijk vervolg op het door het Parapsychologisch Instituut uitgevoerde onderzoek onder paranormale genezers.

Ten aanzien van de volgorde waarin het onderzoek wordt uitgevoerd:

Aanbevolen wordt de acht onderzoeksprojecten in vijf jaar uit te doen voeren, waarbij telkens drie projecten tegelijk in uitvoering zijn (afgezien van de continue registratie van verzekeringvoorwaarden).

Begonnen wordt met de uitvoering van het inventariserende project 1. Daarna wordt begonnen met de voorbereiding van deelproject 5 (dat een lange

doorlooptijd kent) en de uitvoering van de projecten 2 en 4 (betrekking hebbend op de hulpverleners). Deze worden gevolgd door de projecten 3, 6 en 7 (betrekking hebbend op patiënten).

Ten aanzien van de organisatie en coördinatie van het onderzoek:

Aanbevolen wordt het onderzoek te doen uitvoeren door een op te zetten onderzoekscentrum alternatieve geneeswijzen, dat is ingebed in een bestaand instituut voor wetenschappelijk onderzoek. Dit centrum bestaat uit een projectleider, twee tot drie onderzoekers en secretariële ondersteuning. Het centrum wordt begeleid door een stuurgroep, bestaande uit een onafhankelijke voorzitter, een vertegenwoordiger van de onderzoeksgroep en telkens één persoon voorgedragen door de KNMG, de AAG/NOVAG/LONG, de KLOZ/VNZ, de NRV en de ZFR. Het secretariaat van de stuurgroep wordt gevoerd door de projectleider van de onderzoeksgroep. Deze opzet laat de mogelijkheid open dat een andere stuurgroep wordt opgericht met als taak het begeleiden van in de toekomst uit te voeren effectonderzoek.

Voor de uitvoering van het programma is een totaal bedrag van 3,8 miljoen gulden (voor een periode van vijf jaar) benodigd. In dit bedrag zijn opgenomen de kosten van de acht voorgestelde onderzoeksvoorstellen en de benodigde coördinatie (uitsluitend ten behoeve van het substitutie-onderzoek) alsmede een reservering voor toekomstig aanvullend onderzoek.

LITERATUUR

AAKSTER, C.W. Patiënten-motieven en niet-officiële genezers. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 119, 1975, nr. 42, p.1611-1616

AAKSTER, C.W. Behandeling met homeopathische en phytotherapeutische middelen; verslag van een effectiviteitsonderzoek onder ruim 100 patiënten. Dwingelo: 1982

AAKSTER, C.W. Gerandomiseerd effectonderzoek; twijfels bij de vanzelfsprekendheid. Medisch Contact; 44, 1989, nr. 47, p. 1555-1557

AAKSTER, C.W. Integratie in de steigers; samenwerking van reguliere en alternatieve genezers in Lelystad; verslag van een oriënterend onderzoek. Lelystad; SPEL Flevoland, 1991

AAKSTER, C.W., P.A. VAN DIJK, R. VAN WIJK (Red.). Integrale geneeskunde; een inleiding. Groningen: Wolters Noordhoff, 1989

ALBERS, J.W.B., E.D. KEIZER. Een onderzoek naar de waarde van orhomanuele geneeskunde. Delft: Eburon, 1990 (academisch proefschrift EUR)

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN IN NEDERLAND. Rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1981

ATTEVELT, J.T.M. Research into paranormal healing; research op het terrein van de paranormale geneeswijze. Utrecht: RUU, 1988 (academisch proefschrift RUU)

BERGEIJK, P.A.G., F.T. SCHUT. Alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket; geen kostenbesparing. Economisch Statistische Berichten; 68, 1983, nr. 3434, p. 1110-1116

BOL, F.A., R.A. DE MELKER, R.SNEEP, A.N. DE WOLF. 'Gaarne fysiotherapie...'. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Stafleu, 1989

BOUTER, L.M. Wat is er tegen gerandomiseerd effectonderzoek?; ook uitvoerbaar voor niet-reguliere interventies. Medisch Contact; 44, 1989, nr. 25, p. 851-852

BRUNSCHOT, C.J.M. VAN, J.F.A. PRUYN, R.M. RYCKMAN, H.W. VAN DEN BORNE. Moermantherapie: welke patiënten kiezen voor het Moerman-dieet? Medisch Contact; 39, 1984, nr. 14, p. 435-437

CONSUMENTENBOND. Alternatieve geneeswijzen: houd kwakzalvers van uw lijf. Consumentengids; 35, 1987, nr. 10, p. 468-472

CONSUMENTENBOND. Wie betaalt de alternatieve genezer? Consumentengids; 35, 1987a, nr. 11, p. 526-529

DAAMS, J., M. PIEREY. Chiropraxie nader bekeken. VAGZ Magazine; 5, 1989, nr. 2, p. 18-21

DIJK, P. VAN. Geneeswijzen in Nederland; compendium voor alternatieve geneeswijzen. Deventer: Ankh-Hermes, 1984

- ELST, C.A. VAN. Evaluatie onderzoekbeleid alternatieve geneeswijzen; eindrapport. Leiden: Research voor Beleid, 1990
- FLEUREN, M., I. SCHOUWINK. Ervaringen van gebruikers van alternatieve geneeswijzen. 'n Inventariserend onderzoek in de regio Nijmegen. Nijmegen: IBAG, 1988
- FLEUREN, M.A.H., A.A. VERMULST, I. SCHOUWINK, J.M.G. PERSOON. Tevredenheid bij gebruikers van alternatieve geneeswijzen; determinanten van tevredenheid. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg; 68, 1990, nr. 8, p. 335-340
- FRENKEN, F.J.M. Regionale gegevens uit de gezondheidsenquête 1985/1988. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 9, 1990, nr. 1, p. 4-20
- GOUDRIAAN, F.G.W. Substitutie van voorzieningen in de ouderenzorg; de mogelijkheden volgens onderzoek. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990
- GRAY, D. "Arthritis": variation in beliefs about joint disease. Medical Anthropology; 7, 1983, p. 29-46
- GROEN, P.N. Alternatieve geneeswijzen en cystic fibrosis; een onderzoek. Medisch Contact; 37, 1982, nr. 51/52, p. 1633-1637
- JACOBS, J.W.B. Rheumajecta en vasolastine; verslag van onderzoek naar het effect bij patiënten met reumatische aandoeningen. Amsterdam: Thesis, 1990 (academisch proefschrift KUN)
- KISG. Jaarboek 1990. Houten: Stichting KLOZ Informatiesysteem Gezondheidszorg, 1990
- KLEIJNEN, J., P. KNIPSCHILD, G. TER RIET. Clinical trials of homöopathy. British Medical Journal; 302, 1991, p. 316-323
- KLEIN BRETELER, M.A., J.J. SCHIPPERHEYN. De diagnostische waarde van electroacupunctuur volgens Voll bij hartaandoeningen. Huisarts en Wetenschap; 33, 1990, nr. 7, p. 268-272
- KNIPSCHILD, P. De diagnostische betekenis van irisscopie. Maastricht: RUL, 1986
- KNIPSCHILD, P., J. KLEIJNEN, G. TER RIET. Geloof in alternatieve geneeswijzen. Medisch Contact; 45, 1990, nr. 13, p. 421-422
- KNMGM. 'Alternatief' en 'regulier'. Medisch Contact; 45, 1990, nr. 46, p. 1390-1391
- KOES, B.W. Het verwijsgedrag van huisartsen inzake manuele therapie. Maastricht: RUL, 1986 (doctoraalscriptie RUL)
- KOES, B.W., L.M. BOUTER. Het verwijsgedrag van huisartsen inzake manuele therapie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, nr. 12, p. 273-275
- KOSTENSE, E. Reguliere geneeskunde en paranormale geneeswijze. Een kwalitatief onderzoek naar de overwegingen van mensen om een paranormale genezer te consulteren. Groningen: RUG, 1987 (doctoraalscriptie RUG)
- KUINDERSMA, P., L. PETERS. Haalbaarheid experimentele samenwerkingsverbanden van huisartsen en alternatieve genezers. Utrecht: NIVEL, 1988

LAGENDIJK OPINIEONDERZOEK. Meningen over en ervaringen met de natuurgeneeskundige. Apeldoorn: 1980

LIMBERGER, H.H.B., J.P. MACKENBACH, W.T.M. OOIJENDIJK. Het gebruik van alternatieve geneeswijzen in Nederland. Tijdschrift Sociale Geneeskunde; 59, 1981, nr. 7, p. 219-225

LINGTON, H., T. LOOIJ, J. BERKENBOSCH. Alternatieve geneeswijzen en de gezondheidszorg-opleidingen: onderzoek naar het onderwijsaanbod en aanzet tot programma-ontwikkeling. Amsterdam: Stichting Centrum voor Onderwijsonderzoek van de Universiteit van Amsterdam, 1987

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: NRV, 1986

MECHANIC, D. Correlates of physician utilization. Journal of Health and Social Behavior; 20, 1979, p. 387-396

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Discussienota begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening. Zoetermeer: NRV, 1986

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies mogelijkheden onderzoek van substitutie-effecten/verzekeraarbaarheid alternatieve geneeswijzen. Zoetermeer: NRV, 1988

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Discussienota substitutie in de gezondheidszorg. Zoetermeer: NRV, 1989

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies beroepsuitoefening en opleidingen alternatieve geneeswijzen. Zoetermeer: NRV, 1990

OIJENDIJK, W.T.M., J.P. MACKENBACH, H.H.B. LIMBERGER. Wat heet beter? Eerste verslag van een onderzoek naar gebruik van en tevredenheid met alternatieve en officiële geneeskunde. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, 1980

PETERS, L. Huisartsen en alternatieve genezers. Nederlands Tijdschrift voor Integrative Geneeskunde; 5, 1989, nr. 28, p. 262-265

POST, D. Huisarts en prescriptie van alternatieve middelen; hoe meer men voorschrijft van het een, hoe meer men voorschrijft van het ander. Medisch Contact; 45, 1990, nr. 48, p. 1435-1437

PROJECTGROEP ONDERZOEK DEMONSTRATIEPROJECTEN OUDERENZORG (PODO). Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid; het onderzoek van de projecten in de beginfase. Nijmegen: ITS, 1989

RAAD VOOR GEZONDHEIDSONDERZOEK. Kwaliteit van zorg; terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. Den Haag: RGO, 1990

RIET, G. TER, J. KLEIJNEN, P. KNIPSCHILD. De effectiviteit van acupunctuur. Huisarts en Wetenschap; 32, 1988, nrs. 5, 6, 7 en 8

ROGMANS, M.P. Alternatieve geneeswijzen, met name homeopathie, in de Haarlemse huisartspraktijk. Amsterdam: VU, 1985 (doctoraalscriptie VU)

- SAECENREGT, D.R.J.K., S. ARENDS, G.C.J. FIDDELMERS. Rapport inzake natuur- en/of homeopathische geneesmiddelen. Sint Pancras: NHP, 1987
- SCHILDMEIJER-WITTEN, M. Ziektelkostenverzekeringen en vergoeding alternatieve geneeswijzen. IDAG Attenderingsbulletin; 5, 1990, nr. 3, p. 7-10
- SMAGT, C.P. VAN DER. Nog eens alternatieve geneeswijzen; een pleidooi tégen. Medisch Contact; 43, 1988, nr. 43, p. 1281-1284
- SONSBEEK, J.L.A. VAN. Het raadplegen van alternatieve genezers in 1979 en 1981. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg; 61, 1983, nr. 15, p. 506-514
- SONSBEEK, J.L.A. VAN. Het raadplegen van alternatieve genezers en huisartsen in 1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 3, 1984, nr. 4, p. 5-8
- SONSBEEK, J.L.A. VAN. Het raadplegen van huisartsen die alternatieve geneeswijzen toepassen, 1981-1984. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 5, 1986, nr. 1, p. 11-12
- SONSBEEK, J.L.A. VAN. Het raadplegen van alternatieve genezers en huisartsen in 1985-1987. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 7, 1988, nr. 8/9, p. 4-13
- SPANJE, F.A. VAN, J.J. ZUILHOF. Alternatieve geneeswijzen in Zeeland. Medisch Contact; 40, 1985, nr. 12, p. 364-366
- STEINER, F.J.F., H.A. VALKENBURG, R.J. VAN DE STADT, M. STOYANOVA-DRENSKA, J. ZANT. Badkuurbehandeling bij patiënten met reumatoïde artritis. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 123, 1979, nr. 16, p. 661-664
- STIKKER, A.J. Varianten van substitutie: hun betekenis, toepassing en opbrengst. Den Haag: Nimawo, 1985
- STIPHOUT, W.A., A. VERHEGGEN. Retrospectief onderzoek naar de positieve resultaten van de behandeling met homeopathie en acupunctuur. Nijmegen: Werkgroep erkenning homeopathie en acupunctuur, 1990
- SWINKELS, H. Trendcijfers gezondheidsenquête, 1981-1990. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 10, 1991, nr. 6, p. 10-28
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN. Alternatieve huisartsen verwijzen patiënten vaker. Inzet; 12, 1988, nr. 4, p. 17-18.
- VISSER, G.J. Huisartsen en alternatieve geneeswijzen; een onderzoek naar meningen en ervaringen van huisartsen en patiënten. Utrecht: NIVEL, 1988
- VISSER, G.J. Alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap; 31, 1988a, nr. 8, p. 252-256
- VISSER, G.J. Reuma en alternatieve geneeswijzen: een onderzoek onder reumatologen en patiënten met reumatische aandoeningen. Utrecht: NIVEL, 1989
- VISSER, G.J. Huisarts, patiënt en alternatieve genezer; patiënten over de rol van de huisarts. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg; 67, 1989a, nr. 6, p. 188-192

VISSER, G.J., L. PETERS, J.J. RASKER. Reuma en alternatieve geneeswijzen; een onderzoek onder reumatologen en hun patiënten. Medisch Contact; 45, 1990, nr. 20, p. 643-645

WEEL, C. VAN. De vraag om alternatieve hulpverlening maskeert de werkelijke hulpvraag. Huisarts en Wetenschap; 27, 1984, sup. H & P 8, p. 48-49

WIEGANT, F.A.C. Alternatieve diagnostiekmethoden. Nederlands Tijdschrift voor Integrale Geneeskunde; 6, 1990, nr. 46, p. 430-441

WIJKEL, D. Samenwerken en verwijzen. Utrecht: Nivel, 1986

ZEE, J. VAN DER. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht: NHI, 1982

Haalbaarheidsonderzoek substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen

Bijlage: interviews met sleutelfiguren

1. Gespreksthema's
2. Interviewverslagen

1. Gespreksthema's interviewronde sleutelfiguren alternatieve geneeswijzen

A. Substitutie

Doel van het project is de mogelijkheden na te gaan van onderzoek naar substitutie-effecten van alternatieve geneeswijzen. Substitutie staat in het beleid doorgaans voor 'het met een specifiek doel geheel of gedeeltelijk vervangen van een bestaande voorziening door een andere voorziening (...)'. Meer vrijblijvend wordt onder substitutie een zodanige samenhang tussen voorzieningen bedoeld, dat een toenemend gebruik van de ene voorziening leidt tot een afnemend gebruik van een andere voorziening.

- 1 Welke zorg wordt door het gebruik van alternatieve geneeswijzen gesubstitueerd?
- 2 Welke factoren zijn daarop van invloed (bij de patiënt, bij de hulpverlener, bij de ziektekostenverzekeraar)

B. Onderzoek naar substitutie

- 3 Welk onderzoek kent de geïnterviewde op het gebied van substitutie van alternatieve geneeswijzen? Aan welk onderzoek heeft de geïnterviewde of zijn/haar organisatie in het verleden medewerking verleend?
- 4 In een programma van onderzoek naar mogelijke substitutie-effecten is een aantal projecten denkbaar:

Aan hulpverlenerskant:

- onderzoek naar het aanbod aan alternatieve hulp (aantallen hulpverleners, aard van de verleende hulp, incl. voorgeschreven medicatie, tarieven, tijdsbesteding);
- verschil in aanbod aan alternatieve en reguliere hulp (verschil in zorg verleend door alternatieve en niet-alternatieve artsen of fysiotherapeuten);
- onderzoek naar het objectieve effect van de alternatieve hulpverlening (klinisch effectonderzoek);
- onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -ontwikkeling binnen de alternatieve beroepsorganisaties;
- onderzoek naar de samenwerking tussen reguliere en alternatieve hulpverleners (huisartsen, medisch specialisten vs. alternatieve therapeuten).

Aan patiëntenkant:

- onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de eerste lijn (patiëntenstromen, motieven, kenmerken van bezoekers, aard van de klachten);
- idem, in de tweede lijn;
- onderzoek naar het vroegere, huidige en toekomstige gebruik van reguliere hulp door bezoekers van alternatieve genezers (dubbelgebruik);
- onderzoek naar het subjectieve effect van de alternatieve hulpverlening (tevredenheid);
- onderzoek naar de gevolgen van alternatieve hulp in termen van gedragsverandering van patiënten.

Aan de kant van de ziektekostenverzekeraars:

- onderzoek naar de kosten van opname van alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekering of (bij enkele particuliere maatschappijen) in het basispakket.

Hoe belangrijk vindt de geïnterviewde deze onderzoeksthema's in een programma van onderzoek naar mogelijke substitutie-effecten? Welk(e) onderzoek(en) heeft/hebben veel prioriteit, welk(e) weinig? Welk(e) onderzoek(en) is/zijn goed haalbaar, welk(e) minder goed?

- 5 Welke relevante onderzoeksthema's ontbreken in dit rijtje?
- 6 Aan welke van de genoemde onderzoeksprojecten wil of kan de geïnterviewde of zijn/haar organisatie meewerken, bijvoorbeeld door de leden van de eigen organisatie te stimuleren eraan mee te doen, of door gegevens te leveren?
- 7 Op welke alternatieve geneeswijze(n) dient het onderzoek zich te richten (acupunctuur, antroposofische geneeskunde, homeopathie, manuele geneeswijzen, natuurgeneeswijzen, paranormale geneeswijzen en/of andere geneeswijzen)?
- 8 Op welke alternatieve therapeuten dient het onderzoek zich te richten (alleen artsen, alleen artsen en fysiotherapeuten, (ook) andere regulier opgeleiden (zoals tandartsen), of (ook) niet regulier-opgeleiden)?

C. Coördinatie van het onderzoek

De taken van een op te zetten coördinatiepunt zijn: het ontwikkelen van een kader voor de verschillende deelstudies, het geven van aanzetten tot het verrichten van deelstudies, het coördineren en op elkaar afstemmen van de verschillende deelstudies en het toetsen van de resultaten aan het vooraf vastgestelde kader.

Verschillende mogelijkheden zijn denkbaar, zoals:

- het laten uitvoeren van alle deelstudies door een onderzoekscentrum alternatieve geneeswijzen, dat in een bestaand instituut is ingebed, maar een eigen status heeft en wordt begeleid door een stuurgroep met vertegenwoordigers uit 'het veld';
- een programmacommissie met vertegenwoordigers uit 'het veld' verdeelt het onderzoek over verschillende instituten op grond van door de instituten in te dienen onderzoeksvoorstellen;
- een dergelijke programmacommissie geeft de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de verschillende deelstudies aan een onderzoeksinstituut en toetst alleen de voortgang van het onderzoek;
- andere vormen?

9 Welke gedachten heeft de geïnterviewde over de mogelijke coördinatie van het substitutieonderzoek?

NIVEL

maart 1991

2. Interviewverslagen

Interview met dhr. mr. J.F.M. Aartsen en mw. mr. M.E. Kroes, hoofd resp. medewerker van de beleidsafdeling somatische gezondheidszorg van de Ziekenfondsraad

- Dhr. Aartsen vraagt zich af of deze opzet niet te ambitieus is, als je gaat kijken naar de inpasbaarheid in de ziektekostenverzekering. Hij vraagt zich af of je niet op deelgebieden naar kosten-effectiviteit moet kijken. "Je moet het op zichzelf bekijken, maar het ook leggen naast andere zorgvormen, die al in het pakket zitten, zoals bijvoorbeeld fysiotherapie. Dat is ook gebeurd bij het onderzoek naar chiropraxie".
- Bij substitutie moet je denken aan de drie grote clusters: fysiotherapie, farmacie en de eerstelijns-artsenzorg, met de nadruk op fysiotherapie. De effectiviteit van chiropraxie en ergotherapie is allang bewezen, maar ze worden toch nog steeds als alternatief gezien, omdat ze niet in het ziekenfondspakket zitten. Manuele therapie is eigenlijk ook al geaccepteerd.
- De ZFR is bezig met verschillende vormen van substitutie-onderzoek. De ZFR betaalt mee aan het onderzoek naar chiropraxie in Limburg en bij de onderzoeken van de commissie ontwikkelingsgeneeskunde komt dit soort elementen ook aan de orde: daar kijk je naar alternatieve niet-gevalideerde vormen die naar boven komen.
Verder wordt er ook substitutie-onderzoek verricht in de reguliere geneeskunde, zoals onderzoek naar behandeling van astma in de eerstelijns en naar verschillende vormen van fysiotherapie bij schouderpijn.
- Van de genoemde onderzoeksthema's zou het onderzoek naar het aanbod aan alternatieve hulp nuttig kunnen zijn. "Als je iets in het pakket opneemt, moet je ook weten of het geëffectueerd kan worden". Niet zinnige onderwerpen zijn onderzoeken naar tevredenheid van patiënten en naar gevolgen van alternatieve hulp in termen van gedragsverandering.
Belangrijkste is voor de ZFR onderzoek naar het effect van alternatieve geneeswijzen en naar dubbelgebruik.
- Er ontbreken geen relevante onderzoeksthema's, het zijn er teveel. Je zou het moeten toespitsen op de kosten-effectiviteit. Als dat gebeurt, dan is de ZFR zeer geïnteresseerd in medewerking bij onderzoek. Maar je moet je realiseren dat als het nieuwe stelsel er komt, het heel goed kan zijn dat

verzekeraars uit concurrentie-overwegingen allerlei alternatieve geneeswijzen, zonder dat er sprake is van kosten-effectiviteitsoverwegingen, in hun pakketten opnemen, omdat ze weten dat hun verzekerden bepaalde geneeswijzen aantrekkelijk vinden.

- Het onderzoek moet zich vooral richten op homeopathie, acupunctuur en manuele geneeswijzen. De antroposofische artsen zitten al in het pakket als arts.

Wat betreft de beoefenaars van de alternatieve geneeswijzen zal je breed moeten kijken, zeker in het kader van het nieuwe stelsel bij de functionele benadering (wat heeft de patiënt nodig), maar je moet een kwalitatieve minimum-norm stellen: "Bij de Nationale Raad werd als minimum het HBO-nivo genoemd".

- Er moet een landelijke coördinatie zijn, waarbij ook de mensen uit het veld zich betrokken voelen, met een goede wisselwerking tussen bevoegdheid en verantwoordelijkheid voor het onderzoek.

Interview met dhr. Th.J.M. Beyerinck, huisarts, lid van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen namens de KNMG

- Dhr. Beyerinck denkt dat er nauwelijks zorg door de alternatieve geneeswijzen wordt gesubstitueerd.

Patiënten maken meestal gebruik van beide vormen van hulp en vooral daar waar de reguliere geneeskunde niet een afdoende antwoord kan geven op de klachten, vooral bij de chronische patiënten. Daarbij spelen soms psychische factoren en verschillen in waardering en beleving een rol (rugpijn, hoofdpijn).

De behoefte van patiënten aan alternatieve zorg is ook een gevolg van maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Voor alles lijkt een oplossing te zijn, maar dat is lang niet altijd het geval.

Alternatieve geneeswijzen claimen meer aandacht voor het individu te hebben in zijn omgeving. Daar waar echter voldoende empathie aanwezig is in het reguliere veld en de patiënt adequate uitleg krijgt, is er meestal weinig behoefte aan alternatieve geneeswijzen. Veel hangt af van de taakopvatting van de arts als dienstverlener en zijn mogelijkheden tot dienstbaarheid.

Het blijft natuurlijk een probleem waar de grenzen liggen van hulp en hoe je de attitude van de hulpverlener meet en het proces van interactie tussen patiënt en hulpverlener.

- Dhr. Beyerinck ken geen relevant substitutie-onderzoek.

- Oordeel over mogelijk onderzoek:

Aan hulpverlenerskant:

- 1+2 onderzoek naar het aanbod aan alternatieve hulp + verschil in aanbod aan alternatieve en reguliere hulp: dat kun je wel doen, maar wat moeten je criteria zijn? Je krijgt een heel diffuus beeld: de alternatieve sector kan heel moeilijk antwoord geven op de vraag wat ze doen en waarom, op welke basis.
- 3 onderzoek naar het objectieve effect van de alternatieve hulpverlening: belangrijk, daar vragen wij als KNMG ook om.
- 4 onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -ontwikkeling binnen de alternatieve beroepsorganisaties: heel belangrijk.
- 5 onderzoek naar de samenwerking tussen reguliere en alternatieve hulpverleners: zou zinnig kunnen zijn en misschien het contact tussen reguliere en alternatieve hulpverleners stimuleren. Maar veel uitwisseling (behalve in het project in Winterswijk) is er waarschijnlijk niet.

Aan patiëntenkant:

Zinnig. Hiermee zou je moeten beginnen. Ook binnen de KNMG is behoefte aan onderzoek naar de motieven van patiënten, naar dubbelgebruik en naar de kwaliteit van behandeling, zowel regulier als alternatief.

Aan de kant van de ziektekostenverzekeraars:

- 1 onderzoek naar de kosten van opname van alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekering of in het basispakket: zinnig, mits op basis van effectiviteit. Maar het vreemde is dat ook van de kant van de verzekeraars zeer kritisch naar de reguliere gezondheidszorg wordt gekeken en dan soms op politieke gronden daarentegen heel gemakkelijk op alternatieve geneeswijzen wordt gereageerd, terwijl niemand de effecten of de manier van werken weet.
- Binnen de KNMG zal zeker bereidheid zijn mee te werken aan onderzoek naar bijvoorbeeld motieven van patiënten om alternatieve hulp te kiezen, naar tevredenheid van patiënten.
- Dhr. Beyerinck vindt dat juist ook de niet-artsen bij het onderzoek moeten worden betrokken en dat vooral naar de grote groepen - homeopathie, acupunctuur, natuurgeneeswijzen - gekeken moet worden.
De manuele therapie heeft inmiddels ruime erkenning gekregen op basis van goed gedocumenteerd effectiviteitsonderzoek en een gedegen opleiding.
- Coördinatie moet niet gebeuren door een stuurgroep uit het veld, met veel macht, die onderzoek verdeelt over verschillende instituten.

Substitutie-onderzoek moet gedaan worden door een onafhankelijk onderzoeksinstituut.

Interview met dhr. L. Beukman, antroposofisch huisarts, bestuurslid van de Artsenfederatie Alternatieve Geneeswijzen

- Dhr. Beukman noemt iets substitutie "als iemand in plaats van een duur medicijn een goedkope maatregel accepteert, die gebaseerd is op zelfwerkzaamheid, op zelfredzaamheid. Je kunt ook als huisarts zuinig zijn met antibiotica, pijnstillers (zeker met de zeer dure NSAID's, die vaak worden voorgeschreven) cortico-steroid-crème's e.d. en je kunt proberen de verwijzingen te beperken en het laboratoriumwerk".
- Dhr. Beukman kent geen substitutie-onderzoek, behalve cijfers over medicijngebruik en aantallen verwijzingen van hemzelf en een andere antroposofische huisarts in Den Haag en een klein onderzoekje van een collega in Haarlem onder antroposofische huisartsen, waarbij duidelijk te zien is dat het bedrag aan bestede medicijnen en het aantal verwijzingen per 1000 patiënten onder het gemiddelde van de reguliere huisartsen ligt.

Oordeel over mogelijk onderzoek:

Aan hulpverlenerskant:

- 1 onderzoek naar het aanbod aan alternatieve hulp: zinnig en uitvoerbaar als je alleen naar de alternatieve artsen kijkt; anders wordt het moeilijk
- 2 verschil in aanbod aan alternatieve en reguliere hulp: wel zinnig; je kunt kijken hoe verschillend bijvoorbeeld een natuurarts met chronische darmziekten omgaat (veel meer gericht op het dagelijkse leven) dan een gastro-enteroloog, die zich beperkt tot het geven van medicijnen
- 3 onderzoek naar het objectieve effect van de alternatieve hulpverlening: moeilijk; eigenlijk is dit waar het om gaat, maar je krijgt nooit significante verschillen.
- 4 onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -ontwikkeling binnen de alternatieve beroepsorganisaties: daar zijn we erg mee bezig. Binnen de groep van artsen kun je dat wel op tafel krijgen.
- 5 onderzoek naar de samenwerking tussen reguliere en alternatieve hulpverleners: zou goed zijn; dan kun je zien wat de echte verschillen zijn en ook hoe de reguliere en de alternatieve hulpverleners elkaar kunnen aanvullen.

Aan patiëntenkant:

- 1 onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de eerste lijn: uitermate

boeiend; de vraag van patiënten is groot, maar het vreemde is dat de interesse bij jonge artsen, de aanstaande huisartsen, om alternatief te gaan werken de laatste tijd zakt. Misschien met uitzondering van de acupunctuur.

- 2 onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de tweede lijn: idem
- 3 onderzoek naar het vroegere, huidige en toekomstige gebruik van reguliere hulp door bezoekers van alternatieve genezers: uitermate interessant
- 4 onderzoek naar het subjectieve effect van de alternatieve hulpverlening: een kwetsbaar iets; tevredenheid zegt zo weinig
- 5 onderzoek naar de gevolgen van alternatieve hulp in termen van gedragsverandering van patiënten: interessant en een van de belangrijkste onderwerpen: bijvoorbeeld het niet meer gaan shoppen van de patiënt, de eigen verantwoordelijkheid nemen.

Aan de kant van de ziektekostenverzekeraars:

- 1 onderzoek naar de kosten van opname van alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekering of in het basispakket: nuttig en haalbaar.
- Bij de onderzoeksthema's ontbreekt het thema 'vrijheid patiënt en behandelbaar'. "Je zou moeten onderzoeken, moeten proberen te benaderen, dat het zinvol is om mensen hun eigen verantwoordelijkheid, hun eigen vrijheid te geven in het kiezen van een gezondheidsvoorziening".
 - Dhr. Beukman denkt dat de AAG aan alle onderzoeken medewerking zal willen verlenen en dat alle alternatieve hulpvormen erbij betrokken moeten worden. Wat de AAG betreft zal het onderzoek zich tot artsen en tandartsen moeten beperken, "maar eigenlijk moet het onderzoek zich op iedereen richten, ook op de niet-regulier opgeleiden".
 - Coördinatie van het onderzoek moet niet in eigen beheer worden gedaan. Het programma moet worden aangeleverd door een onafhankelijk onderzoeksinstituut, na eerst samen met het veld het onderzoek te hebben gedefinieerd.

Interview met dhr. M.A.J.M. Bos, arts, medisch-farmaceutisch adviseur binnen de Vereniging van Nederlandse Ziektekostenverzekeraars

- Dhr. Bos vindt de grootste moeilijkheid bij de alternatieve genezers om uit te maken wie een goede hulpverlener is en wie niet. Als ziektekostenverzekeraar is het belangrijk om dat te weten, want je gaat over collectieve middelen. De mensen betalen premie om een goede gezondheidszorg te krijgen.

De VNZ moet, als koepel van alle ziektekostenverzekeraars, proberen de richting aan te geven over hoe je de aangeboden zorg beoordeelt. Dus er moeten criteria zijn waaraan zorg moet voldoen. Dat geldt voor de reguliere zorg, dus dat zal ook moeten gelden voor het alternatieve aanbod. Iem wat betreft tuchtrecht. Het probleem is dat op het moment dat er over criteria gepraat wordt (zoals destijds in de CAG), de alternatieven zich meteen terugtrekken in plaats van zich open te stellen. Men wil wel gelijke rechten en betaling ervoor, maar niet dezelfde plichten als de reguliere genezers.

- Het is voor dhr. Bos maar helemaal de vraag of er wel gesubstitueerd wordt, meestal is het additie. Dat bleek ook uit een onderzoek dat de VNZ een aantal jaren geleden heeft gedaan, met als vraag: verwijzen huisartsen die alternatieve geneeswijzen hebben bestudeerd, minder dan andere huisartsen. Dat bleek niet zo te zijn: ze waren duurder, want eerst werd de reguliere weg bewandeld en pas daarna de alternatieve, als de klachten niet over waren.
- Dhr. Bos denkt bij substitutie vooral aan het voorkómen van een stukje behandeling in de reguliere tweedelij, via de huisarts (als kwaliteitsbewaker en zeef naar de tweedelij en naar de alternatieve hulpverlening). Vindt substitutie binnen de eerstelij (in plaats van naar de huisarts naar de alternatieve hulp) een slechte zaak. "Dan moet je de patiënt in alles de eigen keus geven en bijvoorbeeld ook rechtstreeks naar een zelfgekozen specialist laten gaan, voor welke klacht dan ook. Maar dan kom je met de premie nooit uit; de consumptie zal misschien wel verdubbelen, want de patiënt kan niet, zoals de huisarts, de juiste selectie maken." Financieel gezien praat je ook niet over substitutie als een ziekenfondspatiënt in plaats van naar de huisarts naar een alternatief gaat, want de huisarts krijgt een vast bedrag per patiënt of hij nou komt of niet. Pas als deze patiënt niet naar de tweedelij gaat, omdat hij genoeg geholpen wordt bij de alternatieve genezer, praat je over financiële substitutie.
- Dhr. Bos kent, behalve het VNZ-onderzoek, geen ander substitutie-onderzoek.
- Oordeel over mogelijk onderzoek:
Aan hulpverlenerskant:
 - 1 onderzoek naar het aanbod aan alternatieve hulp: is een mer à boire; niet te doen.
 - 2 verschil in aanbod aan alternatieve en reguliere hulp: wel interessant, maar je zult er de vraag niet mee kunnen beantwoorden
 - 3 onderzoek naar het objectieve effect van de alternatieve hulpverlening: zinnig, maar uitgebreid en moeilijk uitvoerbaar in verband met de vereiste

medewerking van zowel reguliere als alternatieve hulpverleners

- 4 onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -ontwikkeling binnen de alternatieve beroepsorganisaties: dit is het belangrijkste: want over welke alternatieve hulpverlener heb je het eigenlijk; wie beschouw je als een hulpverlener. Dat is ook wat de CAG op gang zet.
- 5 onderzoek naar de samenwerking tussen reguliere en alternatieve hulpverleners: zinnig, want dan praat je ook over het opstellen van regels voor de samenwerking en dergelijke.

Aan patiëntenkant:

- 1 onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de eerste lijn: heel zinnig, je zou bijvoorbeeld bij de ziekenfondsen in kaart kunnen brengen welke alternatieve hulp (en door wie) in de aanvullende verzekeringen vergoed wordt.
- 2 onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de tweede lijn: zeker zinnig; ziekenhuizen trekken zelf ook alternatieven aan als dat financieel voor het geven van zorg aantrekkelijk is, want ze hebben een vast budget voor een jaar. De vraag van patiënten naar alternatieve geneeswijzen beïnvloedt ook binnen ziekenhuizen de gedachte-omvorming. "Veel instellingen denken daarover, bijvoorbeeld het ziekenhuis in Hilversum, en het gebeurt ook al, bijvoorbeeld in de AZU-polikliniek. Het gaat dan om acupunctuur en homeopathie. Ik ken een voorbeeld van een verpleegtehuis waar fysiotherapeuten ook acupunctuur geven. Ik denk dat het ook gebeurt bij het Jan van Breemen-instituut, bij de reuma-patiënten". Dhr. Bos vindt een goed aspect hierbij, dat als het in dit soort instellingen gebeurt, dat het dan ook getoetst wordt, net als andere behandelingen: "Dat zou een leuk onderzoek zijn: waar gebeurt dat al en hoe is daar de acceptatie en tevredenheid van patiënten. Dan kun je ook in kaart brengen wat het substitutie-effect is: instellingen zijn gewend om toetsende uitspraken te doen, zullen getallen kunnen leveren over aantallen en besparingen in kosten of behandel-uren. Dat is heel iets anders dan een patiënten-tevredenheids-onderzoek; dat dreigt zo iets vaags te worden - ja, ik geloof dat ik er toch wel iets aan gehad heb en dergelijke".
- 3 onderzoek naar het vroegere, huidige en toekomstige gebruik van reguliere hulp door bezoekers van alternatieve genezers: zinnig
- 4 onderzoek naar het subjectieve effect van de alternatieve hulpverlening: niet zinnig
- 5 onderzoek naar de gevolgen van alternatieve hulp in termen van gedragsverandering van patiënten: in principe wel zinnig, maar moeilijk uitvoerbaar.

Aan de kant van de ziektekostenverzekeraars:

1 onderzoek naar de kosten van opname van alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekering of in het basispakket: heel zinnig, maar wij zijn niet alleen geïnteresseerd in kosten, het gaat om value for money. Iets mag best duurder zijn, als het dan ook maar beter is.

- De VNZ is zeker bereid om aan onderzoek mee te werken: gegevens kunnen verstrekt worden, bijvoorbeeld informatie over aanvullende verzekeringen, over aantallen verzekerden, over kosten.
- Dhr. Bos vindt dat in principe naar alle beoefenaars van alternatieve geneeswijzen moet worden gekeken, arts en niet-arts. Maar het is een uiterst moeilijke vraag of je alle vormen van alternatieve hulp bij het onderzoek moet betrekken. "Als je een selectie maakt mis je al gauw de echte alternatieven. Ik noem bijvoorbeeld de antroposofisch werkende artsen en de manueel therapeuten eigenlijk al geen alternatieven meer. Maar je zal ook bijvoorbeeld naar de paranormale genezers moeten kijken, en dat maakt je onderzoek heel moeilijk. Denk maar aan scholing: die bestaat bij paranormale geneeswijzen niet - je hebt het, of je hebt het niet".
- Coördinatie van het onderzoek moet door een stuurgroep gebeuren, die het onderzoek uitbesteedt aan een onderzoeksinstituut en toezicht houdt. Het streven zal volgens dhr. Bos zijn om uit de verschillende hoeken (verzekeraars, artsen, alternatieve genezers) in die stuurgroep gelijkwaardige leden te krijgen, die ook gewend zijn een onderzoek te begeleiden.

Interview met dhr. P. Fokkens, adviseur van de Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers. Spreekt vanuit zijn eigen expertise.

- Volgens dhr. Fokkens komt substitutie in individuele gevallen best voor, maar het is niet iets wat je nu al in een structuur kunt vangen. Het gebeurt, maar het hangt heel erg af van een samenloop van omstandigheden, een bepaalde constellatie van artsen, specialisten en alternatieve therapeuten in een bepaalde regio, die op een bepaalde wijze samenwerken of juist niet samenwerken, waardoor patiënten op een gegeven moment de alternatieve hoek opzoeken.
De groep waar substitutie plaatsvindt kun je niet in zijn geheel beschouwen, je kunt hoogstens constateren dat waar een goede samenwerking bestaat tussen regulier werkenden en alternatieven de kans op substitutie aanzienlijk vergroot wordt.

- Dhr. Fokkens vindt dat je substitutie in brede zin moet bekijken. Niet alleen een vergelijking maken tussen de behandeling en de kosten bij een bepaalde aandoening in de reguliere zorg en de behandeling en kosten in de alternatieve zorg. "De huisarts is gewend de aandoening te behandelen, bij de alternatieve geneeswijzen zie je regelmatig gebeuren dat de aandoening van hoofdzaak bijzaak wordt en dat de behandeling van de patiënt veel breder wordt. Dan kan er best sprake zijn van substitutie, maar in eerste instantie lijkt het dan of er sprake is van overconsumptie, omdat er méér wordt gedaan dan puur symptoom-gericht behandelen. Op de lange termijn kan dat klachten voorkomen, maar het is een verborgen soort substitutie. Vaak is het dat ook voor de patiënt: je ziet niet zelden dat bij een verschuiven van de symptomen, de patiënt dit niet in het grote geheel blijft zien, maar toch weer terug gaat naar zijn huisarts. Dan is het geen substitutie, maar aanvullend".

- Substitutie door alternatieve geneeswijzen is typisch iets voor de eerstelijnszorg: "Grof gezegd kan 90% ook alternatief behandeld worden. Je hebt alleen een goed veiligheidsmechanisme nodig voor de acute gevallen die regulier verwezen moeten worden".
Intramurale zorg wordt niet door alternatieve geneeswijzen gesubstitueerd. Hooguit wanneer je vanuit de totaalbenadering naar preventie kijkt. Maar dat effect is niet direct aanwijsbaar. Als bij een patiënt de algehele weerstand wordt verhoogd, kan dat toekomstige klachten en behandelingen voorkomen, maar het is verborgen substitutie.
Nog een vorm van verborgen substitutie die mogelijk speelt, is een gevolg van het stelsel, de inrichting van de reguliere gezondheidszorg. Ondermeer door de manier waarop specialisten hun inkomen verwerven, wordt overconsumptie in de reguliere gezondheidszorg gestimuleerd. In de alternatieve sector is die mentaliteit niet of nauwelijks aanwezig. Op lange termijn, als de alternatieve sector meer tot een mentaliteitsverandering, ook bij de patiënten, zou hebben kunnen bijdragen, zou dat ook tot minder overconsumptie in de reguliere zorg kunnen leiden. Een voorbeeld is de over-diagnostisering: nu worden in de reguliere zorg vaak zeer specialistische, elkaar overlappende diagnostische methoden gebruikt, terwijl in de alternatieve sector op veel eenvoudiger manier een totaalbeeld verkregen kan worden.
Het stelsel zou de mogelijkheid moeten geven om naast de reguliere zorg de alternatieve zorg aan te bieden.

- Dhr. Fokkens kent geen substitutie-onderzoek. De NOVAG heeft ook nooit aan dergelijk onderzoek meegewerkt.

- Oordeel over mogelijk onderzoek:

Aan hulpverlenerskant:

- 1 onderzoek naar het aanbod aan alternatieve hulp: is al gebeurd door Maassen van den Brink en het wordt tijd dat het wordt bijgewerkt. Is goed uitvoerbaar, want er is nu veel meer georganiseerd. En omdat er nu veel meer verzekerd wordt, kun je ook bij de verzekeraars cijfers krijgen over de consumptie.
- 2 verschil in aanbod aan alternatieve en reguliere hulp: nuttig, zeker als het inhoudsgericht is.
- 3 onderzoek naar het objectieve effect van de alternatieve hulpverlening: heel belangrijk, want bepaalde vormen van substitutie-onderzoek kunnen niet zonder dat effect-onderzoek heeft plaats gehad. Dhr. Fokkens denkt hierbij niet aan onderzoek naar wat nu exact het werkingsmechanisme is van bijvoorbeeld die zwaar-verdunde homeopathische middelen, maar aan statistisch onderzoek of er effecten optreden bij patiënten.
- 4 onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -ontwikkeling binnen de alternatieve beroepsorganisaties: zeker zinnig en vooral voor verzekeraars nuttig. Goed uitvoerbaar want je moet alleen kijken naar de georganiseerde beoefenaars.
- 5 onderzoek naar de samenwerking tussen reguliere en alternatieve hulpverleners: interessant en prioriteit één "want ik denk dat de echte substitutie plaatsvindt waar de mensen op de hoogte zijn van elkaars handelen. Dan kunnen ze het op elkaar afstemmen en dan hoeft de patiënt ook niet uit angst te blijven dubbel-gebruiken. Je zou niet alleen moeten kijken naar wat er gebeurt, ook naar wat de mogelijkheden zijn".

Aan patiëntenkant:

- 1 onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de eerste lijn: buitengewoon waardevol: je zou ook moeten proberen te achterhalen wat de wensen van de patiënten zijn ten aanzien van de aard van de hulp in het algemeen. Door wat voor soort behoefte wordt de voorkeur van patiënten voor bijvoorbeeld homeopathische middelen ingegeven. Dit soort consumptie-onderzoek is zeker uitvoerbaar.
- 2 onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de tweede lijn: zinnig, want daar speelt substitutie ook, zoals bij pijnbestrijding, litteken-voorkomende-therapieën en hulp door spirituele genezers, waar patiënten om vragen.
- 3 onderzoek naar het vroegere, huidige en toekomstige gebruik van reguliere hulp door bezoekers van alternatieve genezers: zinnig, zeker de aard van het dubbelgebruik en de motieven van de patiënt daarbij. Uitvoerbaarheid kan moeilijk zijn. Je moet de angst om dingen prijs te geven omzeilen. Lijkt moeilijk om uitspraken van patiënten over toekomstig

gebruik naar waarde te schatten.

- 4 onderzoek naar het subjectieve effect van de alternatieve hulpverlening: heel nuttig, vooral als je kijkt naar patiënten die steeds afhaken, de shoppers; waarom gaan mensen steeds naar iemand anders en stoppen halverwege behandelingen. Dat moment is een duidelijk breekpunt. In andere gevallen is het veel moeilijker om een maatstaf te vinden voor het meten van subjectief welbevinden.
- 5 onderzoek naar de gevolgen van alternatieve hulp in termen van gedragsverandering van patiënten: een van de belangrijkste thema's, "want ik denk dat de waarde van alternatieve geneeswijzen voor misschien wel meer dan de helft gevonden moet worden in de boodschap over gezonde leefwijzen en voeding".

Aan de kant van de ziektekostenverzekeraars:

- 1 onderzoek naar de kosten van opname van alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekering of in het basispakket: voor ziektekostenverzekeraars waardevol, maar vrij triviaal. De situatie is nog heel experimenteel, daar kun je nog geen premie-beleid op bouwen. Daar is veel meer tijd voor nodig.
- Wat bij de onderzoeksthema's ontbreekt is de focus op de reguliere hulpverlening, op wat er op dit moment mogelijk is, wat er uit het regulier pakket gesneden zou kunnen worden, gelet op de mogelijke alternatieve behandelwijzen. Je zou moeten kijken waar vervanging door alternatieve geneeswijzen, of minimaal samenwerking met alternatieve geneeswijzen mogelijk is.
 - Dhr. Fokkens is zelf meer bereid tot medewerking bij dit soort onderzoek en bereid de NOVAG te stimuleren om mee te werken.
 - Onderzoek moet zich richten op alle alternatieve hulpverleners, ook de niet-regulier-opgeleiden, want daar vindt een groot deel van de consumptie plaats. Gekeken moet worden naar de meest-omvattende geneeswijzen: acupunctuur, homeopathie, antroposofische geneeskunde, natuurgeneeswijzen.
 - Het onderzoek moet gedaan worden door één onderzoeksinstituut, dat verstand heeft van onderzoek en de eerstelijns goed kent, met een begeleidingscommissie van mensen die het veld goed kennen. Niet vertegenwoordigers uit het veld, maar deskundigen uit het veld.

Interview met prof.dr. L.J. Menges, voorzitter van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen, maar in principe sprekend à titre personnel: heeft geen overleg met de andere commissieleden gehad

- Substitutie vindt in de eerstelijns plaats, maar vooral ook in de tweedelijns; als de zaak wordt opgegeven of als men daar niet tot een behoorlijke levenskwaliteit komt. Het gaat dan vooral om chronische patiënten (reuma, kanker, chronische pijn).

Maar je moet onderscheid maken in drie groepen patiënten: een groep die alleen reguliere hulp wil, een kleine groep die principieel alleen hulp bij alternatieve genezers zoekt en de grootste groep die bij de reguliere gezondheidszorg blijft maar daarnaast alternatieve hulp inroept. Er is veel dubbelgebruik. Wat vreemd is bij de ziektekostenverzekeraars, is dat men dan steeds pleit, net als in artsenkringen zoals de KNMG, voor onderzoek waarbij de kwaliteit van de alternatieve hulp moet worden aangetoond, maar uiteindelijk geldt voor hen toch het beroemde zinnetje "wat gebruikelijk is onder beroepsgenoten", dus het is helemaal niet kwalitatief, maar gewoon kwantitatief.

- Dhr. Menges kent geen substitutie-onderzoek op dit specifieke gebied.
- Alle onderzoekspunten zijn belangrijk maar naast het objectieve effectonderzoek, wat wel belangrijk is, heeft dhr. Menges inmiddels enorme behoefte aan goede schalen voor het meten van het subjectieve effect van alternatieve hulp en dan niet alleen in termen van tevredenheid van de patiënten, maar ook in termen van quality of life. "Daar ligt wat mij betreft prioriteit één".
Onderzoek naar het objectieve effect is wel belangrijk, maar mist een belangrijke component, namelijk die patiëntenkant. Het mooiste is als je een combinatie kunt vinden en dan gaat het om het subjectieve effect bij de patiënt in brede zin (tevredenheid, quality of life, geestelijk en lichamelijk welzijn van de patiënt, leefgewoonten en dergelijke)
- Oordeel over mogelijk onderzoek:
Aan hulpverlenerskant:
 - 1 onderzoek naar het aanbod aan alternatieve hulp: belangrijk en niet moeilijk via de koepels. De organisatiegraad begint hoog te worden.
 - 2 verschil in aanbod aan alternatieve en reguliere hulp: wellicht zinnig, maar geen prioriteit. Er zit een enorme sociale wenselijkheid achter, ook bij de reguliere artsen, als je echt in de keuken gaat kijken. Is dus moeilijk uitvoerbaar.
 - 3 onderzoek naar het objectieve effect van de alternatieve hulpverlening: belangrijk, maar in combinatie met onderzoek van het subjectieve deel.

- 4 onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -ontwikkeling binnen de alternatieve beroepsorganisaties: daar doet de NRV veel aan en dat blijven we ook doen
- 5 onderzoek naar de samenwerking tussen reguliere en alternatieve hulpverleners: zinnig, maar daar is het Nivel al mee bezig met z'n samenwerkingsproject

Aan patiëntenkant:

- 1+2 onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de eerste lijn + de tweede lijn: zinnig, maar zeer moeilijk achter te komen
- 3 onderzoek naar het vroegere, huidige en toekomstige gebruik van reguliere hulp door bezoekers van alternatieve genezers: zinnig, want het zal de grootste groep zijn
- 4 onderzoek naar het subjectieve effect van de alternatieve hulpverlening: bijzonder belangrijk. Je kunt wel alleen naar het effect kijken, zoals in Maastricht door Knipschild c.s. gebeurt, maar dan is bijna alles negatief. Daar zit niets in over het subjectieve effect, dat wel degelijk positief is.
- 5 onderzoek naar de gevolgen van alternatieve hulp in termen van gedragsverandering van patiënten: zinnig, want ondermeer door de aanzet uit deze (alternatieve) hoek zie je nu in de hele maatschappij gedragsveranderingen met betrekking tot voeding en leefwijze.

Aan de kant van de ziektekostenverzekeraars:

- 1 onderzoek naar de kosten van opname van alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekering of in het basispakket: -
- Dhr. Menges heeft niet de indruk dat er onderzoeksthema's ontbreken, maar benadrukt dat het goed is om steeds te zoeken naar kleine eenheden van onderzoek: "Zo gauw je in die alternatieve wereld in het groot gaat werken, verdrink je in de richtingen en splitsingen. Kleine units, als het kan ook op nauw omschreven ziektebeelden. Dus niet chronische pijn, maar bijvoorbeeld alleen lage rugpijn. Dus niet alle alternatieve genezers tegelijk, maar bijvoorbeeld acupunctuur of manuele therapie".
 - Idealiter richt onderzoek zich op alle alternatieve geneeswijzen. "Selecteer hoogstens op heel praktische argumenten, maar probeer dan in ieder geval twee groepen te nemen, waarvan één heel dicht tegen het reguliere aan ligt en de ander daar ver vanaf zit".
Bij het onderzoek moeten zowel artsen als niet-artsen worden betrokken, maar dhr. Menges adviseert een beperking tot alle geregistreerden. "Om praktische redenen, maar ook omdat je daar iets meer een beroepsprofiel hebt".

- De beste coördinatie zou zijn: een soort college van toezicht (zo samengesteld dat het redelijk neutraal is, maar wel representatief voor het veld, zowel regulier als alternatief), dat een eerste screening maakt en het onderzoek verdeelt over verschillende onderzoeksinstituten. Als je het alléén verdeelt binnen universitaire kaders geeft dat teveel drempels. Het geven van de opdracht aan één enkel onderzoeksinstituut heeft bezwaren, want dat geeft teveel rivaliteit.

Interview met dhr. R.H. Oudkerk, huisarts, beleidsmedewerker van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

- De LHV vindt het belangrijk dat er onderzoek naar substitutie-effecten van alternatieve geneeswijzen wordt gedaan, want wellicht wordt dan onder meer de door het Nivel in 1988 gesignaleerde tendens dat het consumptieve gedrag van bezoekers van alternatieve genezers hoger ligt dan van anderen geverifieerd.

De LHV gaat ervan uit dat zolang het effect van alternatieve geneeswijzen niet volgens huidige moderne methoden bewezen is, de alternatieve geneeswijzen niet thuis horen in het pakket van gefinancierde gezondheidszorg.

- Ook als je naar substitutie kijkt, blijft de moeilijkheid dat je niet weet wat die desbetreffende geneeswijzen inhouden: je hebt kwaliteitscriteria nodig, opleidingseisen, registratie. Die zijn er niet, zodat vergelijking met de reguliere zorg niet mogelijk is. Voorlopig zeggen we dus dat met het gebruik van alternatieve geneeswijzen de zelfzorg gesubstitueerd wordt, de mantelzorg, de maatschappelijke eenzaamheid.

Het is een antwoord op de missende reguliere aandacht, het falen van de reguliere aandachtzorg, door bijvoorbeeld overvolle poliklinieken, te drukke spreekuren bij huisartsen.

- Dhr. Oudkerk kent geen echt substitutie-onderzoek op dit gebied in Nederland.

- Oordeel over mogelijk onderzoek:

Aan hulpverlenerskant:

- 1 onderzoek naar het aanbod aan alternatieve hulp: uitermate nuttig om eens in kaart te brengen
- 2 verschil in aanbod aan alternatieve en reguliere hulp: heel moeilijk te kwantificeren
- 3 onderzoek naar het objectieve effect van de alternatieve hulpverlening: het

allerbelangrijkste voor de LHV, maar ook voor de alternatieve genezers: ze zullen het effect moeten bewijzen om te overleven. Maar de haalbaarheid van dit soort onderzoek is naar de persoonlijke mening van dhr. Oudkerk 'nul komma nul'

- 4 onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -ontwikkeling binnen de alternatieve beroepsorganisaties: nuttig, want geeft een indicatie over 3 en haalbaar
- 5 onderzoek naar de samenwerking tussen reguliere en alternatieve hulpverleners: idem

Aan patiëntenkant:

- 1+2 onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de eerste lijn + de tweede lijn: het zijn open deuren, want je kunt het niet scheiden van de reguliere hulp.

Je hebt twee groepen (in een glijdende schaal): mensen die veel hulp zoeken en mensen die weinig hulp zoeken. De eerste groep, de shoppers, zou wel eens de groep kunnen zijn die niet alleen veel binnen de reguliere zorg shopt, maar ook bij de alternatieve hulpverlening. Binnen de LHV denken we dat dat de grootste groep zou kunnen zijn.

- 3 onderzoek naar het vroegere, huidige en toekomstige gebruik van reguliere hulp door bezoekers van alternatieve genezers: zeer interessant, hoge prioriteit
- 4 onderzoek naar het subjectieve effect van de alternatieve hulpverlening: doorstrepen; een patiënt is tevreden over zijn dokter. Dat geldt ook voor de alternatieve genezer: als hij ernaar toe gaat zal hij wel tevreden zijn
- 5 onderzoek naar de gevolgen van alternatieve hulp in termen van gedragsverandering van patiënten: lage prioriteit.

Aan de kant van de ziektekostenverzekeraars:

- 1 onderzoek naar de kosten van opname van alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekering of in het basispakket: onderzoek naar de werkelijke kosten is belangrijk, ook bij de medicijnen die in de alternatieve zorg gebruikt worden: zeker bij de samengestelde homeopathische middelen.

- Niet de indruk dat er relevante onderzoeksthema's ontbreken.
- De LHV is altijd bereid om mee te werken aan onderzoek en om leden te stimuleren om medewerking te verlenen aan onderzoek naar effecten van alternatieve geneeswijzen, "ook omdat we in onze organisatie een relatief groot aantal alternatief werkende huisartsen hebben".

- Dhr. Oudkerk vindt dat je moet oppassen dat je het onderzoek niet te breed maakt, "begin met de meest gangbare zoals acupunctuur en homeopathie. Eventueel aangevuld met de antroposofische geneeswijzen. Hoewel wij als LHV de antroposofisch werkende huisarts eigenlijk niet als alternatief beschouwen en de fysiotherapeut die manuele geneeswijzen beoefent ook niet".

Het onderzoek zal zich wat de LHV betreft in eerste instantie moeten beperken tot de artsen, maar een uitbreiding naar andere regulier opgeleiden kan. Onderzoek bij niet-regulier opgeleiden is voor de LHV onbespreekbaar.

- Coördinatie door een programma-commissie die het onderzoek zo goed mogelijk verdeelt over geschikte instituten, lijkt de beste vorm.

Het belangrijkste is dat het onafhankelijk onderzoek is, waarbij alle schijn dat het niet onafhankelijk is, moet worden vermeden.

Interview met dhr. L. Rondèl, voorzitter van het Landelijk Overleg Natuurlijke Geneeswijzen (LONG)

- Dhr. Rondèl verstaat onder substitutie ten aanzien van de reguliere geneeswijzen, dat het mogelijk moet zijn patiënten door een alternatieve beroepsbeoefenaar te laten behandelen, waarbij natuurlijk het effect van de behandeling registreerbaar is. Probleem daarbij is de samenwerking met sommige artsen, die niets van de niet-regulier opgeleide alternatieve genezers moeten hebben. Terwijl juist daar vaak de goed opgeleide alternatieve genezers zitten; een aantal alternatief werkende artsen is volgens het LONG nogal eens gebrekkig geschoold in het alternatieve. Zij hebben vaak naast hun artsen-opleiding nog eens een of andere alternatieve cursus gedaan en denken dan dat ze ook acupunctuur of iets dergelijks kunnen bedrijven. Mensen in het veld vinden het vaak onverantwoord hoe deze artsen de alternatieve geneeswijzen toepassen.

Het LONG vindt dat ook aan deze artsen behoorlijke opleidingseisen gesteld moeten worden. Evenals een alternatief genezer goed onderscheid moet kunnen maken in wat binnen zijn discipline behandeld kan worden en wat in de reguliere zorg thuis hoort.

- Vaak zal er sprake van dubbelgebruik zijn, omdat de patiënt niet tegen zijn huisarts durft te zeggen dat hij hulp zoekt bij een alternatieve genezer en dus naar beiden gaat.

Bij paranormale genezers is het gebruikelijk dat ze samenwerken met een huisarts. Ze vragen van hun patiënten dat ze ook in contact blijven met hun huisarts. Maar substitutie komt zowel in de eerstelijns als in de tweedelijns

voor, als een arts een patiënt niet (meer) kan helpen.

- Dhr. Rondèl weet dat er in het verleden wel eens onderzoeken zijn opgezet door alternatieve artsen, maar gelooft niet dat dat ooit van de grond is gekomen. Het LONG heeft nog niet aan substitutie-onderzoek meegewerkt. Reden: het alternatieve veld beschikt niet over de gelden om wetenschappelijk onderzoek te financieren.
- Dhr. Rondèl vindt alle genoemde onderzoeksthema's zinnig en belangrijk, maar is van mening dat het doen van onderzoek nog niet mogelijk is. Het materiaal is er wel, maar het kan nog niet verzameld worden. Dat zal pas mogelijk zijn als de wet BIG er is. Pas dan zullen de niet-artsen zich vrij voelen om mee te werken en zullen de beroepsverenigingen zich beter kunnen organiseren en meer eenheid vormen. Nu is het hele alternatieve veld nog los zand, zijn gegevens niet te verzamelen.
- Het LONG is in principe bereid aan alle vormen van onderzoek mee te werken, maar de tijd is er nog niet rijp voor. De opleidingen moeten nog verder op elkaar worden afgestemd en ook kwalitatief moeten er eisen komen zodat de resultaten van onderzoek niet naar beneden worden getrokken door degenen die nu eigenlijk een te laag niveau hebben.
- Dhr. Rondèl vindt dat iedereen bij onderzoek moet worden betrokken, zowel artsen als niet-artsen. Hij beschouwt de antroposofisch werkende artsen niet als alternatieve genezers en de natuurgeneeswijze niet als een aparte discipline maar als een basisopleiding.
- Coördinatie moet door een brede overleggroep met vertegenwoordigers uit het veld gebeuren.

Interview met dhr. mr. Th.M.J. Roos, Ohra en Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ)

- Dhr. Roos spreekt in eerste instantie namens de Ohra, maar denkt dat hij in z'n algemeenheid ook opvattingen van de KLOZ kan verwoorden. Wel is 't zo, dat de Ohra zich iets meer dan de collega's bezig houdt met alternatieve geneeswijzen door de Medios-polis, die sinds ongeveer twee jaar in het Ohra-pakket zit.
Ohra biedt de Medios-polis (met vergoeding voor een uitgebreide collectie alternatieve geneeswijzen) aan, omdat men gemerkt heeft dat een deel van de verzekerden daar behoefte aan heeft. Men wilde aan deze behoefte

tegemoet komen, maar je komt dan al snel op de specifieke problematiek bij de alternatieve geneeswijze: het moeilijke inschatten van de waarde van de therapieën. Veel minder dan bij de reguliere geneeskunde is hier sprake van wetenschappelijke of proefondervindelijke maatstaven, beroepsgroepen, scholing en dergelijke waarmee je kunt toetsen of het zin heeft of geen zin.

Voor de Medios-polis heeft Ohra een adviesraad, die probeert op grond van deze nogal procedurele criteria (beroepsgroep, scholing, toetsing, tuchtrecht) te komen tot een keuze wat wel en niet vergoed wordt.

- Gezien het betrekkelijk geringe volume en de nog korte looptijd van de Medios-polis zijn nog geen harde statistische uitspraken te doen. Bovendien komt de groep oudere patiënten te weinig in de populatie voor. Maar onder groot voorbehoud kun je zeggen dat men geneigd is langer in de eerstelijns te blijven, voordat men naar de tweedelijns gaat, dus hogere kosten dan gemiddeld in de eerstelijns, lagere kosten dan gemiddeld in de tweedelijns genereert.

Hoe deze hogere kosten van de Medios-verzekerden in de eerstelijns verdeeld zijn over reguliere dan wel alternatieve geneeswijzen, kan wellicht worden uitgezocht: maakt men minimaal gebruik van de reguliere en maximaal van de alternatieve hulp of is er sprake van dubbelgebruik (naast een gemiddeld normaal gebruik van de reguliere hulp ook nog eens alternatieve hulp). De Ohra houdt dit bij, zodat analyse van dubbelgebruik mogelijk is.

- Dhr. Roos denkt bij substitutie voornamelijk aan vervanging van de tweedelijns door de eerstelijns. Substitutie zal moeilijk vast te stellen zijn, omdat je geen relevant vergelijkingsmateriaal hebt: je weet niet hoe iemand die nu dubbel gebruikt, gereageerd zou hebben als hij geen mogelijkheid had gehad tot gebruik van alternatieve geneeswijzen.

Bovendien: je kunt wel op micro-nivo praten over substitutie, zoals ten aanzien van gebruik van de tweedelijns, maar macro-economisch heb je het dan over extra kosten in Nederland, want de ziekenhuis-budgetten zijn toch vastgesteld.

- Behalve enig onderzoek bij acupunctuur, waarbij de resultaten ook nog eens heel verschillend waren, is geen ander onderzoek naar substitutie bekend. De Ohra heeft niet eerder meegedaan aan dergelijk onderzoek.
- In z'n algemeenheid is alles te onderzoeken, maar onderzoek aan de hulpverlenerskant is wat praktischer dan aan de patiëntenkant, want de hulpverleners hebben er belang bij, zullen meewerken. Onderzoek aan de kant van ziektekostenverzekeraars is natuurlijk zeer interessant: bij het regulier circuit is veel bekend en er is statistisch veel mee te doen, maar bij

de alternatieven staat het nog in de kinderschoenen, maar we zullen het op de voet volgen.

- Oordeel over mogelijk onderzoek:

Aan hulpverlenerskant:

- 1 onderzoek naar het aanbod aan alternatieve hulp: is al gedaan, maar probeer een schifting aan te brengen en duidelijkheid te scheppen. Wat is alternatief?
- 2 verschil in aanbod aan alternatieve en reguliere hulp: zinnig
- 3 onderzoek naar het objectieve effect van de alternatieve hulpverlening: wezenlijk, maar in uitvoerbaarheid afhankelijk van geld en middelen
- 4 onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -ontwikkeling binnen de alternatieve beroepsorganisaties: is al gedaan (NRV)
- 5 onderzoek naar de samenwerking tussen reguliere en alternatieve hulpverleners: goede zaak

Aan patiëntenkant:

- 1 onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de eerste lijn: zeer zinvol, maar geld en middelen beperken de mogelijkheden
- 2 onderzoek naar de vraag naar alternatieve hulp in de tweede lijn: idem. Hier zit vooral een groep die geen baat vindt bij de reguliere geneeskunde en dan (of daarnaast: dubbelgebruik) naar de alternatieve gaat. Hier zitten de shoppers. Deze shoppers zitten waarschijnlijk niet bij de Medios-polis, want ze komen er pas achter als ze al bezig zijn in de reguliere zorg en worden dan niet alsnog in de Medios-polis genomen. Deze patiënten zullen het zelf betalen. Op zich is het een interessante groep: gebruik van alternatieve geneeswijzen is hier geen levensbeschouwelijke uiting, maar een uiting van ontevredenheid met de reguliere zorg.
- 3 onderzoek naar het vroegere, huidige en toekomstige gebruik van reguliere hulp door bezoekers van alternatieve genezers: belangrijk
- 4 onderzoek naar het subjectieve effect van de alternatieve hulpverlening: essentieel
- 5 onderzoek naar de gevolgen van alternatieve hulp in termen van gedragsverandering van patiënten: interessant, maar moeilijk. Je hebt een lange tijdreeks nodig.

Aan de kant van de ziektekostenverzekeraars:

- 1 onderzoek naar de kosten van opname van alternatieve geneeswijzen in de aanvullende verzekering of in het basispakket: wat bij de genoemde onderzoeksthema's ontbreekt is onderzoek naar de alternatieve geneeswijzen zelf: wat gebeurt daar eigenlijk?

- De Ohra is zeer bereid tot medewerking bij onderzoek op dit gebied, zowel wat betreft eigen statistisch cijfermateriaal, als via de Medios-verzekerden, als de constructie maar zo is dat het geen nadeel voor de klant is, maar een positieve lading heeft. De relatie met de verzekerden moet natuurlijk goed blijven, je moet niet te veel van ze vragen.
- Dhr. Roos vindt dat onderzoek zich moet richten op alle alternatieve genezers (arts en niet-arts) maar dat je wel goed de grenzen moet bepalen wat je nog alternatieve geneeswijzen noemt. Het lijkt hem zinnig om te beginnen met de geneeswijzen die zo dicht mogelijk tegen de reguliere aanzitten: acupunctuur, homeopathie, antroposofie.
- Dhr. Roos vindt dat onderzoek door een onafhankelijk instituut gedaan moet worden. De coördinatie moet door een zo objectief mogelijke groep worden gedaan: geen stuurgroep met mensen uit het veld. Het veld is zo breed en onderling hebben ze ook nog eens allerlei oorlogjes. Een groep uit het veld zou heel nuttig zijn als klankbord, maar voor de coördinatie moet je een platform zoeken waar geen scholensrijd heerst.
- Tot slot: Dhr Roos denkt dat dit soort onderzoek nuttig is en is er ook als verzekeraar blij mee. Uiteindelijk moet de beroepsgroep zichzelf bewijzen en ze bewijst zich door tevredenheid bij de patiënten.

