



RICHTLIJN
ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Handreiking sociaal medische beoordeling
bijzondere bijstand ten behoeve van
alternatieve geneeswijzen

INHOUDSOPGAVE

TEN GELEIDE	1
WOORD VOORAF	2
1 INLEIDING	4
1.1 <i>Geschiedenis van de reguliere geneeskunde</i>	4
1.2 <i>Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)</i>	5
1.3 <i>Noodzakelijke zorg</i>	5
1.4 <i>Bijzondere Bijstand</i>	8
1.5 <i>Medische noodzakelijke zorg</i>	8
2 SOCIAAL MEDISCHE BEOORDELING	10
2.1 <i>Overwegingen</i>	10
2.2 <i>Criteria</i>	11
2.3 <i>Punsgewijze toelichting</i>	12
3 ADVIES	16
BIJLAGE 1. VRAGENLIJST THERAPEUT	17
BIJLAGE 2. BELANGRIJKE WEBSITES	19
LITERATUUR	20

Ten geleide

Voor u ligt de adviesrichtlijn Alternatieve Geneeswijzen, vastgesteld door het bestuur van de Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (VIA).

Het bestuur van de VIA heeft de werkgroep Protocollering verzocht om vanuit de in het land vigerende regionale protocollen en adviesrichtlijnen voor advisering over Alternatieve Geneeswijzen in het kader van de Bijzondere Bijstand, een landelijke adviesrichtlijn te maken voor onze beroepsgroep. De werkgroep heeft dit verzoek met enthousiasme opgepakt. Hun inspanningen hebben geleid tot voorliggende adviesrichtlijn.

Graag wil het bestuur de werkgroep, bestaande uit onze collegae Geert van Hoof, Kaspar Van Landeghem, Saskia van de Merwe en Hans Verwer bedanken voor hun bijzondere inzet.

Daarnaast gaat dank uit naar de deelnemers aan het symposium "VIA Alternatief!" in juni 2002, voor hun actieve bijdrage in de discussie. In het bijzonder collega van Duijkeren, die daarnaast de moeite heeft genomen zijn kritisch noten op papier te zetten. Zijn op- en aanmerkingen bleken zeer waardevol bij de afronding van de richtlijn.

Het bestuur van de Vereniging voor Indicerende en adviserende Artsen wil deze richtlijn graag zien als een startpunt voor de verdere protocollering van de Sociaal Medische Advisering rondom Alternatieve Geneeswijzen. Het is wenselijk te onderzoeken of de criteria verbreed kunnen worden naar de advisering en indicering op het volledige domein van Zorg, Wonen en Welzijn.

april 2004,

Het Bestuur van de Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen.

Woord vooraf

Indicerende en adviserende artsen worden tijdens de uitoefening van hun functie geconfronteerd met zeer uiteenlopende (aan)vragen. Dit geldt in het bijzonder voor de sociaal medische advisering in het kader van de *bijzondere bijstand*. Op grond van de Wet werk en bijstand (Wwb) van 9 oktober 2003 (1) heeft *de alleenstaande of het gezin recht op bijzondere bijstand voor zover de alleenstaande of het gezin niet beschikt over de middelen om te voorzien in de uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende noodzakelijke kosten van het bestaan en deze kosten naar het oordeel van het college niet kunnen worden voldaan uit de bijstandsnorm, de langdurigheidstoelage, het vermogen en het inkomen voorzover dit meer bedraagt dan de bijstandsnorm...* (artikel 35 lid 1 Wwb).

Als er bij alternatieve geneeswijzen sprake is van de uit bijzondere omstandigheden voorkomende noodzakelijke kosten van het bestaan, is vergoeding van deze kosten mogelijk mits daartoe een aanvraag wordt gedaan.

Onder alternatieve geneeswijzen verstaan wij *die geneeskundige methoden, die zich buiten de universiteiten hebben ontwikkeld* (in tegenstelling tot de reguliere geneeswijzen) (2).

Omdat deze buiten de verplichte ziektekostenverzekering zijn gehouden is er geen wettelijk kader dat als voorliggende voorziening kan gelden. Vaak zijn in de aanvullende ziektekostenverzekeringen wel vergoedingen voor alternatieve geneeswijzen opgenomen, maar omdat het om een *vrijwillige* verzekering gaat kan de gemeente niet eisen dat iemand zich hiervoor bijverzekert.

Om te beoordelen of de niet-reguliere behandeling medisch noodzakelijk is laat de sociale dienst zich vaak adviseren door een medisch adviseur.

De medisch adviseur zal zich een oordeel moeten vormen over de aard en ernst van de relevante medische problematiek van de aanvrager en of voor de alternatieve behandeling een *medische indicatie* bestaat. Omdat de meeste artsen in Nederland alleen een opleiding hebben genoten in de reguliere geneeskunde, is het voor hen niet altijd eenvoudig deze vraag te beantwoorden. Ter ondersteuning zijn daarom de afgelopen jaren diverse richtlijnen en protocollen opgesteld die beogen de adviserend geneeskundige enig houvast te bieden bij de beoordeling.

Het bestuur van de Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (VIA) heeft de werkgroep Protocollering in het najaar van 2001 gevraagd te onderzoeken of het mogelijk is op basis van deze protocollen een landelijk protocol op te stellen dat zou kunnen dienen als richtlijn.

De werkgroep heeft deze opdracht geaccepteerd.

Bij het opstellen van voorliggende richtlijn hebben wij gebruik gemaakt van de volgende protocollen en richtlijnen:

- Richtlijnen alternatieve geneeswijzen van de werkgroep Sociaal-medische Advisering van het hoofdenoverleg AGZ in Noord-Brabant en Zeeland
- Protocol van het Provinciaal Overleg SMA Noord-Holland en Flevoland
- Protocol van de GGD Dordrecht
- Richtlijnen GGD Arnhem

Uit een eerste bestudering van deze protocollen bleek dat zij vrijwel allemaal afgeleid waren van de richtlijn van de werkgroep Sociaal-medische Advisering van het hoofdenoverleg Noord-Brabant en Zeeland (3). In deze richtlijn, die voor het eerst in 1989 is verschenen en na een evaluatie in 1994 in een gereviseerde versie opnieuw is verspreid in 1995, worden de criteria die bij de beoordeling van de adviesaanvraag van belang zijn, de te toetsen geneeswijzen, de werkwijze bij de advisering en de omschrijving van het advies beschreven. In een negental bijlagen wordt een overzicht gegeven van de alternatieve geneeswijzen waarover, naar de mening van de werkgroep SMA, het meest advies gevraagd wordt. Tenslotte is een voorbeeldbrief voor de therapeut opgenomen.

De werkgroep Protocollering van de VIA kan zich in grote lijnen vinden in deze procedurele richtlijn. De werkgroep is echter van mening dat het opnemen van een overzicht van een beperkt aantal alternatieve geneeswijzen verwarrend kan zijn. Ten onrechte zou hierdoor de indruk kunnen ont-

staan dat deze behandelwijzen wél en andere níet voor vergoeding in aanmerking zouden kunnen komen. Naar de mening van de werkgroep is het voor regulier opgeleide artsen niet mogelijk inhoudelijke criteria op te stellen op grond waarvan een alternatieve therapie wél of niet voor vergoeding in aanmerking kan worden gebracht. Om tot een dergelijk oordeel te kunnen komen zou van alle therapieën bekend moeten zijn welk effect hiervan verwacht mag worden bij bepaalde patiëntencategorieën. Nog afgezien van het feit dat de meeste alternatieve geneeswijzen zich in hun methodiek richten op het individu, vergt dit een uitgebreide studie die naar onze mening niet van onze collegae kan en mag worden verwacht.

Dit neemt echter niet weg dat van de adviserend geneeskundige verwacht mag worden dat hij een professioneel oordeel geeft, gebaseerd op kennis en inzicht waarop hij wordt aangesproken en waaraan hij zijn positie en rol in het advies- en besluitvormingstraject ontleent. Dat wil zeggen: gebaseerd op regulier medische kennis en inzicht, zoals deze binnen de beroepsgroep van artsen algemeen aanvaard zijn, onafhankelijk van persoonlijke voorkeuren, sympathieën of antipathieën. Op grond van de hem ter beschikking staande gegevens zal hij er zich van moeten overtuigen dat het volgen van de alternatieve behandeling voldoende motiveerbaar is. Met het oog op uniformiteit en rechtsgelijkheid bestaat er volgens het bestuur van de Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen een noodzaak landelijke toetsingscriteria op te stellen. In deze richtlijn hebben wij getracht dit uit te werken. Er is daartoe een keuze gemaakt voor in hoofdzaak twee beoordelingsaspecten:

- de aanwezigheid van een gezondheidsprobleem
- de kwaliteitseisen aan de alternatieve behandelaar

De richtlijn is als volgt opgebouwd:

In de inleiding worden allereerst de geschiedenis en de huidige structuur van de medische zorg en de zorgverzekeringen beschreven. Onder andere wordt ingegaan op de voorstellen van de commissie Dunning ten aanzien van de omschrijving van noodzakelijke zorg en samenstelling van het verzekeringspakket.

In het tweede deel volgt een beschrijving van de richtlijnen.

In de bijlagen is een vragenlijst ten behoeve van de alternatieve therapeut opgenomen en een overzicht van websites waar informatie over alternatieve geneeswijzen kan worden gevonden.

Tenslotte is een literatuurlijst opgenomen. Een boek dat in de kast van geen enkele sociaal medisch adviseur mag ontbreken is hét naslagwerk op het gebied van alternatieve geneeswijzen: Geneeswijzen in Nederland van Paul van Dijk (4). In elk hoofdstuk van dit boek wordt één geneeswijze besproken. Aan de orde komen: geschiedenis, filosofie, diagnostiek, therapie, instrumenten, onderzoek, indicaties, aantal behandelingen, kosten van de behandeling, aantal beoefenaars. In het informatiekatern worden per geneeswijze gegevens verstrekt over: beroepsorganisaties, patiëntenorganisaties, opleidingen, tijdschriften en adressen.

Het hanteren van bepaalde criteria is belangrijk om voor de cliënt een zekere mate van rechtsgelijkheid te garanderen. De criteria dienen in principe strikt gehanteerd te worden. Aangezien advisering over alternatieve geneeswijzen altijd individueel gebonden is, kan men aan de sociale dienst in uitzonderlijke gevallen toch positief adviseren, ook al wordt niet aan alle onderstaande criteria voldaan. Men dient dan wel duidelijk aan te geven op welke grond men tot deze conclusie is gekomen. De bespreking van dergelijke casuïstiek binnen de intercollegiale toetsing kan tenslotte een belangrijke bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van de richtlijn. Dit is immers geen statisch geheel, maar dient mee te gaan met de ontwikkelingen en veranderingen binnen het gebied van de sociaal medische advisering. Aanvullingen, opmerkingen en kritiek zijn welkom en kunnen worden doorgegeven aan het secretariaat van de VIA. Voor de recente gegevens: zie 'VIA-Nieuws'. Over actuele ontwikkelingen kunt U lezen in "VIA nieuws" en op de website van de VIA: www.vianieuws.nl.

april 2004

Werkgroep Protocollering VIA

1 Inleiding

1.1 Geschiedenis van de reguliere geneeskunde

Voordat in 1865 de Wet Uitoefening Geneeskunst (WUG) tot stand kwam was het in Nederland een chaos op het gebied van de medische beroepsuitoefening. Alleen al aan de universiteiten werden tientallen soorten geneeskundigen opgeleid, zoals doctores medicinae, doctores chirurgicae en doctores obstetricae.

Vanaf 1818 kon men eveneens bevoegdheden krijgen voor het uitoefenen van genees-, heel- of verloskunde op de zogenaamde klinische scholen (Alkmaar, Amsterdam, Haarlem, Hoorn, Middelburg, Rotterdam). Wat betreft de toelatingseisen, praktijkuitoefening en financiën waren er tussen diverse steden en tussen stad en platteland grote verschillen.

Naast hen die een zekere vorming hadden genoten bestond er nog een grote groep volksgenezers (horoscooptrekkers, steensnijders, piskijkers, beenzetters en anderen). Deze werkten vooral buiten de grote steden.

Aan deze hele wirwar van geneeskundige activiteiten maakte Thorbecke in 1865 met zijn Wet Uitoefening Geneeskunst een einde. *'Uitoefening der geneeskunst, waaronder de wet het verlenen van genees-, heel- of verloskundige raad verstaat, is alleen geoorloofd aan degene aan wie de bevoegdheid daartoe volgens de wet is toegekend'*. Het uitoefenen van de geneeskunde en het voeren van de artsentitel werd voortaan slechts toegestaan aan hen die het voorgeschreven artsexamen hadden afgelegd. Alle genezers zonder artsdiploma werden hiermee buiten gesloten. Ook beoefenaars van heilgymnastiek en massage mochten hun behandelingen voortaan slechts onder voorschrift en controle van een arts uitoefenen. Later, met de invoering van de Wet op het Hoger Onderwijs in 1876, volgde de academisering van de medische wetenschap en daarmee de introductie van de natuurwetenschappelijke basis (5).

Tegen de WUG en het monopolie van universitair opgeleide artsen is vanaf het allereerste begin geprotesteerd. In 1917 kwam een staatscommissie tot de conclusie dat de wet niet gewijzigd moest worden, omdat het onmogelijk werd bevonden om een onderscheid te maken tussen wél en níet betrouwbare genezers.

Naast de reguliere geneeskunde heeft de 'alternatieve' geneeskunde de laatste decennia een duidelijke plaats veroverd in de maatschappelijke werkelijkheid. Ondanks de haar vaak verweten 'onwetenschappelijkheid' zijn er kennelijk bewustzijnsniveaus in mensen die hen ertoe brengen toenemend voor deze vorm van geneeskunde te kiezen.

In 1977 werd door de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een commissie 'Alternatieve Geneeswijzen' ingesteld. De opdracht van deze commissie luidde: *'Een onderzoek in te stellen naar de betekenis van alternatieve geneeswijzen in Nederland en te adviseren over maatregelen, al of niet van wettelijke aard, met betrekking tot de toepassing van deze geneeswijzen'*(6) In 1981 bracht deze "Commissie Muntendam" een advies uit aan de regering. De Commissie beval aan om van een vijftal alternatieve geneeswijzen (acupunctuur, homeopathie, antroposofische geneeswijzen, manuele geneeswijzen en natuurgeneeswijzen) een adviesaanvraag te richten tot de Ziekenfondsraad met het verzoek om voorstellen te doen omtrent opnemings in het verstrekkingenpakket. Daarnaast zouden ook richtlijnen ten aanzien van de verstrekker van deze geneeswijzen aangegeven moeten worden. De Staatssecretaris van WVC deelde deze mening in 1985 niet. Hij was van mening, dat er een onderzoek moest plaatsvinden door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), in overleg met de Ziekenfondsraad, naar de mogelijkheden van substitutie-effecten en verzekerbaarheid van alternatieve geneeswijzen.

In januari 1988 werd door de NRV aan de Staatssecretaris advies uitgebracht. De ingestelde werkgroep was van mening, dat één groot onderzoek naar de substitutie-effecten en verzekerbaarheid voor alternatieve geneeswijzen niet mogelijk was. Via het uitvoeren van een aantal deelstudies zou inzicht kunnen worden verkregen in voor het beleid relevante gegevens. Hiervan is het tot op heden niet gekomen, maar ondertussen is wel een andere maatschappelijke discussie gevoerd. In brede kring leefde al geruime tijd het gevoel dat het verbod op het onbevoegd uitoefenen van de genees-

kunst niet meer in deze tijd paste. Mondige patiënten zouden in het reguliere of het alternatieve circuit terecht moeten kunnen bij de hulpverlener van wie zij het meeste heil verwachten. Die vrijheid werd door de WUG teveel ingeperkt, hetgeen niet in het belang van de patiënt was. Op 9 november 1993 leidde deze discussie uiteindelijk tot aanneming door de Eerste Kamer van het wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

1.2 *Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)*

De Wet BIG heeft als doelstelling de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. De wet spitst zich toe op de individuele gezondheidszorg, dat wil zeggen zorg die rechtstreeks is gericht op een persoon.

De Wet BIG komt in de plaats van de tot dan toe twaalf wettelijke beroepenregelingen, waaronder de Wet op de uitoefening van de geneeskunst uit 1865. In plaats van het verbod op uitoefening van de geneeskunst is er met de wet BIG een wettelijke regeling die het geneeskundig handelen in principe vrijlaat. Daarmee is ieders vrijheid om de hulpverlener te kiezen die hij of zij wenst, vergroot. Wel noemt de Wet BIG een aantal voorbehouden handelingen. Deze mogen alleen worden verricht door daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren, om te voorkomen dat door ondeskundig handelen onaanvaardbare gezondheidsrisico's voor de patiënt ontstaan.

Bovendien is in de wet aan de vrijheid van medisch handelen een strafbepaling toegevoegd: het toebrengen van schade aan iemands gezondheid is strafbaar.

Voor een beperkt aantal beroepen (onder andere artsen) is een titelbescherming ingevoerd. Een dergelijke titel geeft aan dat de drager deskundig is op een bepaald terrein van de gezondheidszorg. Ook is het tuchtrecht voor de verschillende groepen beroepsbeoefenaren aangepast. Nieuw is dat bepaalde groepen voor het eerst onder tuchtrecht komen te vallen.

De wet BIG is vanaf 1994 in fasen ingevoerd.

1.3 *Noodzakelijke zorg*

Hoewel met de wet BIG de vrijheid van medisch handelen is geregeld, volgt hieruit niet automatisch dat alle medische behandelingen ook in het (verplichte) basispakket van het ziekenfonds zijn opgenomen.

Ongeveer gelijk aan de discussie over de vrijheid van medisch handelen is in Nederland een discussie gevoerd over de samenstelling van het verzekeringspakket.

In 1991 heeft een commissie onder voorzitterschap van prof. dr. A.J. Dunning een rapport gepresenteerd over keuzen in de zorg (7).

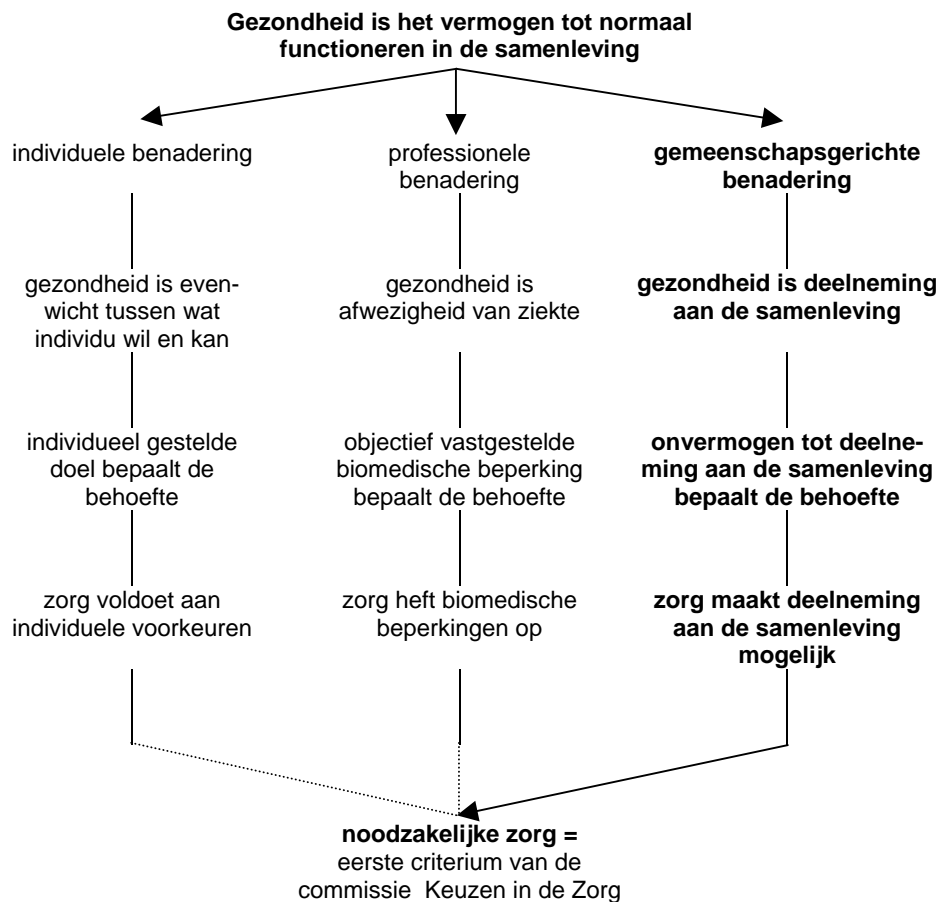
Om te beoordelen of een voorziening als verstrekking in het basispakket kan worden opgenomen, stelt de commissie toetsing met behulp van vier criteria voor. Als eerste criterium geldt volgens de commissie of een voorziening kan worden gerekend tot *noodzakelijke zorg*. De uitkomst zal verschillen naar gelang wordt gekozen voor een van drie benaderingen (Figuur 1.). De commissie kiest voor de gemeenschapsgerichte benadering. Dat leidt ertoe dat voorzieningen in rangorde van noodzakelijkheid in drie groepen worden ingedeeld. Naar de mening van de commissie zijn het meest noodzakelijk die voorzieningen die ieder lid van de samenleving ten goede kunnen komen en die een normaal functioneren als lid van de gemeenschap waarborgen of simpelweg het bestaan als lid van de gemeenschap beschermen. Omdat in de Nederlandse rechtsstaat de fundamentele gelijkwaardigheid van mensen voorop staat, zijn die voorzieningen noodzakelijk die zorg garanderen voor die leden van de samenleving die niet voor zichzelf kunnen zorgen. Voorbeelden zijn: verpleeghuiszorg, psychogeriatric en de zorg voor geestelijk gehandicapten.

Een tweede groep noodzakelijke voorzieningen komt ook ieder lid van de samenleving ten goede, maar is vooral gericht op het behouden of herstellen van de mogelijkheden aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen. Het gaat hierbij om voorzieningen die levensbedreigende gevolgen zouden hebben voor enkeling, groep of samenleving, indien ze niet onmiddellijk beschikbaar zouden zijn. Voorbeelden zijn spoedeisende heelkundige ingrepen, zorg voor vroeggeborenen, voorkomen van

besmettelijk ziekten en opvang van acute psychiatrische patiënten. Daarnaast gaat het om voorzieningen waardoor wordt voorkomen dat op lange termijn ernstige schade aan de gezondheid optreedt. Het betreft vooral de zorg voor mensen met ernstige chronische aandoeningen, zoals kanker, hartziekten, zintuigaandoeningen en chronische psychische ziekten, maar ook preventieve zorg bij zwangerschap, zorg voor kinderen en zuigelingen, vaccinaties en opsporing van gezondheidsrisico's.

Binnen een derde en laatste groep van voorzieningen kan de noodzaak van zorg worden ingeschat door de ernst van een ziekte waarvoor de zorg nodig is te wegen en die af te zetten tegen het aantal patiënten dat aan die ziekte lijdt. Voorrang tussen voorzieningen in deze derde groep hangt overigens niet alleen af van de noodzaak.

Wanneer de nadruk ligt op een gemeenschapsgerichte benadering van gezondheid en gezondheidszorg dan is de eerste groep voorzieningen noodzakelijker dan de tweede en derde, en de tweede groep weer noodzakelijker dan de derde.

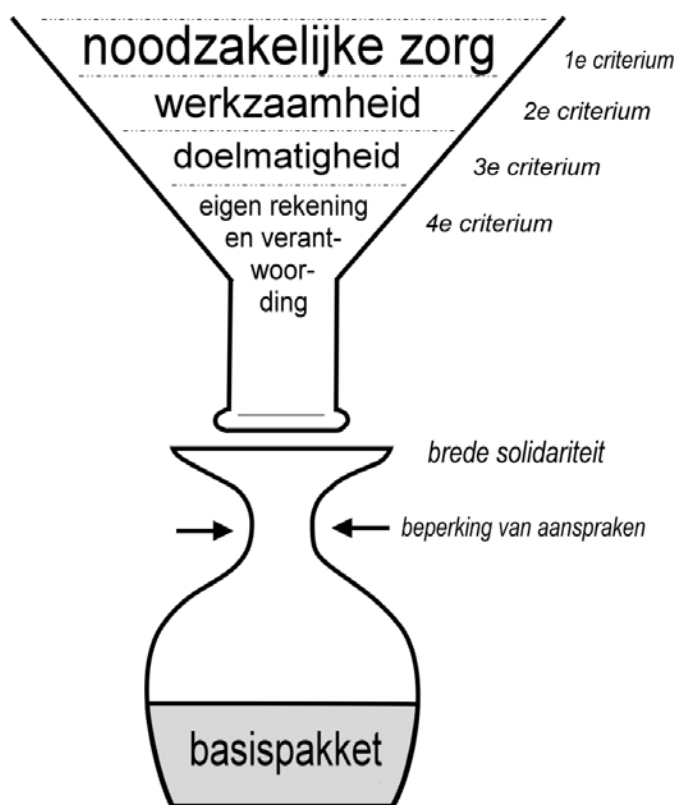


Figuur 1. Keuzen bij de bepaling van noodzakelijke zorg

Bij de beoordeling van de vraag of een verstrekking thuishoort in het wettelijk verzekerde pakket wordt de zogenaamde *Trechter van Dunning* gebruikt (Figuur 2.) Het gaat daarbij achtereenvolgens om een antwoord op de volgende vragen:

1. Is de verstrekking noodzakelijk uit een oogpunt van gezondheid? (zie boven)
2. Zo ja, is de werkzaamheid van de verstrekking voldoende aangetoond?
3. Zo ja, is het ook een doelmatige verstrekking (kosten/batenverhouding)?
4. Zo ja, kan deze verstrekking in alle redelijkheid voor eigen rekening en verantwoording van de verzekerde komen?

Pas als de vragen 1 tot en met 3 met ja zijn beantwoord en vraag 4 met neen, dan komt, respectievelijk blijft, de verstrekking in het wettelijk verzekerd pakket.



Figuur 2. De trechter van Dunning

Sinds 1992 zijn nieuwe behandelingen, waaronder nieuwe geneesmiddelen, getoetst met behulp van de trechter van Dunning.

Dit heeft geleid tot een indeling in drie compartimenten:

- Het eerste compartiment omvat de zware medische risico's. Daaronder vallen de kosten van medische en aanverwante zorg die vanwege hun langdurige of kostbare karakter zo hoog zijn dat een individu of een familie ze doorgaans niet kan betalen. Ook is er geen adequate dekking mogelijk door particuliere verzekeringsmaatschappijen. De financiering van deze zorg valt onder de AWBZ.
- Het tweede compartiment bestaat uit min of meer reguliere medische zorg. De ziekenfondsverzekering zoals geregeld in de Ziekenfondswet, de particuliere ziektekostenverzekeringen, waaronder de standaardverzekering zoals geregeld in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz), en de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren dekken het grootste deel van de kosten van deze zorg.
- Het derde compartiment bestaat uit aanvullende, minder noodzakelijke zorgvormen. De particuliere ziektekostenverzekeringen (waaronder de aanvullende verzekering) dekken de kosten van dit onderdeel van de zorg.

Het moge duidelijk zijn dat de alternatieve geneeswijzen niet voldoen aan alle criteria van de trechter van Dunning. Zij zijn daarom niet in het basispakket opgenomen. Een groot aantal zorgverzekeraars heeft inmiddels de mogelijkheid van een vergoeding bij behandeling met een alternatieve geneeswijze in de aanvullende verzekering ("aanvullingsfonds") opgenomen. De voorwaarden voor vergoeding wisselen per zorgverzekeraar. Aan de therapeut en de behandeling worden meestal een aantal eisen gesteld.

Voor de sociaal medische advisering over alternatieve geneeswijzen is een aantal zaken in de aanvullende verzekering van belang.

- a. Ieder ziekenfonds is autonoom en bepaalt zelf de inhoud van de aanvullende verzekering. Hierdoor kunnen er verschillen bestaan tussen de ziekenfondsen.

- b. Het aanvullingsfonds kent een eigen bijdrage, terwijl de uitkering ook aan een bepaald maximum gebonden is. Verzekerden kunnen bij de sociale dienst een beroep doen op de Wwb voor een vergoeding van de eigen bijdrage en eventueel voor de kosten boven het uitgekeerde maximum van het aanvullingsfonds.

Hoewel de aanvullende verzekering voor de Wwb een voorliggende voorziening is, is deelname in het aanvullingsfonds geen verplichting, zodat verzekerden ook voor alle kosten een beroep op de Wwb kunnen doen, wanneer zij géén aanvullende verzekering hebben afgesloten.

- c. De aanvullende verzekering stelt alleen voorwaarden aan de therapeut. Er wordt geen rekening gehouden met de indicatie voor de behandeling. De sociale diensten zullen zich daarom genoodzaakt voelen een medisch advies aan te vragen om de medische noodzaak van de alternatieve therapie te beoordelen. Dit kan betekenen dat iemand wel een vergoeding krijgt van de aanvullende verzekering, terwijl de adviserend geneeskundige negatief adviseert.

1.4 Bijzondere Bijstand

Op grond van de Wet werk en bijstand heeft *de alleenstaande of het gezin recht op bijzondere bijstand voor zover de alleenstaande of het gezin niet beschikt over de middelen om te voorzien in de uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende noodzakelijke kosten van het bestaan en deze kosten naar het oordeel van het college niet kunnen worden voldaan uit de bijstandsnorm, de langdurigheidstoeslag, het vermogen en het inkomen voorzover dit meer bedraagt dan de bijstandsnorm...* (artikel 35 lid 1 Wwb).

Anders dan bijvoorbeeld in de Ziekenfondswet is in de Wwb geen limitatieve opsomming opgenomen van zaken die wel of niet worden vergoed. In principe is het daarom mogelijk om voor (vrijwel) alles een vergoeding te vragen. Op deze regel zijn echter in artikel 15 van de wet enkele uitzonderingen opgenomen.

15.1 Geen recht op bijstand bestaat voorzover een beroep kan worden gedaan op een voorliggende voorziening die, gezien haar aard en doel, wordt geacht voor de belanghebbende toereikend en passend te zijn. Het recht op bijstand strekt zich evenmin uit tot kosten die in de voorliggende voorziening als niet noodzakelijk worden aangemerkt.

Maar zo simpel ligt het ook niet altijd, want in artikel 16 lid 1 is op deze regels in zeer bijzondere omstandigheden weer een uitzondering van toepassing:

16.1 Aan een persoon die geen recht op bijstand heeft, kan het college, gelet op alle omstandigheden, in afwijking van deze paragraaf, bijstand verlenen indien zeer dringende redenen daartoe noodzaken.

Jongeren van 18,19 of 20 jaar moeten voor deze bijzondere kosten in eerste instantie een beroep doen op hun ouders, tenzij de middelen van de ouders daartoe niet toereikend zijn, of *zij redelijkerwijs hun onderhoudsrecht jegens hun ouders niet te gelde kunnen maken* (artikel 12 Wwb).

Tenslotte wordt geen bijstand verleend voor kosten van medische handelingen en verrichtingen die gerekend kunnen worden tot de ontwikkelingsgeneeskunde als bedoeld in de Wet op bijzondere medische verrichtingen, of wanneer zodanige medische behandelingen en verrichtingen buiten Nederland plaatsvinden (artikel 14 lid e Wwb).

Bijzondere bijstand is niet alleen bedoeld voor mensen die al een bijstandsuitkering hebben. Iedereen kan er een beroep op doen. Het gaat erom, dat de kosten waar men voor komt te staan te hoog zijn voor het inkomen. Er gelden regels om te bepalen of dat zo is. Daarbij wordt gekeken naar de draagkracht. De berekening daarvan kan per gemeente verschillen. Conform artikel 35 lid 2 van de Wwb mag de gemeente bijstand weigeren als de gemaakte kosten binnen een periode van twaalf maanden een bedrag van €107,00¹ niet te boven gaan.

1.5 Medische noodzakelijke zorg

Tot slot nog een opmerking over een begrip dat in het kader van de sociaal medische advisering regelmatig aanleiding geeft tot begripsverwarring. In het kader van de invoering van de Koppe-

¹ Bedrag op 1 januari 2004

lingswet in 2000 is door de regering geformuleerd onder welke voorwaarden aan illegalen geen medische zorg mag worden onthouden. Bij brief van de toenmalige minister van VWS, mevrouw Borst-Eilers, is bepaald dat onder Medisch Noodzakelijke Zorg moet worden verstaan (8):

- zorg verleend in geval of ter voorkoming van levensbedreiging.
- zorg verleend in geval of ter voorkoming van blijvend verlies van essentiële functies.
- zorg verleend in situaties waarbij zich gevaar voor derden voordoet, zoals bij besmetting met tuberculose maar ook bij psychische stoornissen die gepaard gaan met agressief gedrag.
- zorg bij zwangerschap en rond de geboorte.

Het moge duidelijk zijn dat het begrip ‘noodzakelijke zorg’ in het kader van de sociaal medische advisering conform bovenstaande beschouwing ruimer dient te worden geïnterpreteerd.

2 Sociaal medische beoordeling

2.1 Overwegingen

De belangrijkste reden dat alternatieve geneeswijzen niet in het basispakket zijn opgenomen ligt in het feit dat de werkzaamheid of effectiviteit naar de gangbare wetenschappelijke criteria niet of onvoldoende is bewezen (zie ook trechter van Dunning). Niettemin wordt er door veel mensen van alternatieve geneeswijzen gebruik gemaakt. Vanwege daaraan verbonden kosten wordt van de (regulier geschoolde) adviserend geneeskundige een uitspraak gevraagd over de medische noodzaak daartoe.

De onderhavige richtlijn is tot stand gekomen met als doel bij te dragen aan de consistentie en reproduceerbaarheid van de advisering daarover en biedt daarvoor nadere criteria.

Met de invoering van de Wet BIG heeft de wetgever onder meer beoogd medische behandelingen in beginsel vrij te laten, met uitzondering van voorbehouden handelingen. Gezien de maatschappelijke ontwikkelingen, waaronder toegenomen mondigheid en veronderstelde oordeelsvaardigheid van patiënten en een niet te veronachtzamen maatschappelijk draagvlak voor alternatieve geneeswijzen, werd de tot dan geldende wetgeving niet meer van deze tijd geacht. Ten aanzien van alternatieve geneeswijzen werd daarmee beoogd de mondige en goed geïnformeerde burger in staat te stellen zelf een oordeel te vellen over het nut van alternatieve behandelingen. Mits de alternatieve behandelaar zich houdt aan randvoorwaarden, waaronder met name het zich onthouden van voorbehouden handelingen, werden alternatieve behandelingen daarmee ontdaan van een –formeel– onwettige status waar zij tot dan toe al (te) snel in terechtkwam (in principe komt dit neer op het opheffen van een formele verbodsbepaling). Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dus dat een groot gewicht wordt toegekend aan het zelfbeschikkingsrecht en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De patiënt wordt daarmee een grotere mate van keuzevrijheid geboden.

Overigens vormt de invoering van de wet BIG geen erkenning van de *werkzaamheid* van alternatieve behandelingen, noch een ontkenning daarvan.

Daar waar een beroep gedaan wordt op de bijzondere bijstand, en dus op gemeenschapsgelden, is niet alleen de vrije keuze en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt in het geding, maar ook een oordeel over de algemeen aanvaarde noodzaak van hetgeen waarvoor financiële ondersteuning met gemeenschapsgelden wordt gevraagd. In het kader van een aanvraag voor bijzondere bijstand wordt een beoordelingstraject ingezet. De adviserend geneeskundige beoordeelt daarbij de medische aspecten, tegen de achtergrond van de sociale wet- en regelgeving, gebaseerd op regulier medische kennis en inzicht zoals deze binnen de beroepsgroep van artsen algemeen aanvaard zijn, onafhankelijk van persoonlijke voorkeuren, sympathieën of antipathieën.

In deze advisering dienen de regels van de Wwb gerespecteerd te worden (zie ook § 1.4).

Voor medisch noodzakelijke behandelingen gaan wij uit van het door de overheid vastgestelde basispakket. Eventuele vergoeding uit de bijzondere bijstand kan derhalve alleen in zeer bijzondere omstandigheden (zie art.35 van de Wwb).

Daarbij zal het dan gaan om individuele uitzonderingsgevallen waarbij een alternatieve behandeling geïndiceerd is, die binnen het basispakket niet vergoed wordt. Omdat categorale uitsluiting van alternatieve geneeswijzen geacht mag worden op doordachte gronden tot stand te zijn gekomen, (vele commissies, werkgroepen e.d.) zal een gedegen motivering noodzakelijk zijn waarom er in een specifiek geval van een uitzonderingssituatie sprake is. Daarbij valt te denken aan een verwijzing door de behandelend huisarts of specialist binnen een behandelingsstrategie, waarbij ook voor de adviserend geneeskundige de noodzaak daartoe voldoende overtuigend gebleken is. Dan zou er, bij uit-

zondering, sprake kunnen zijn van een medische indicatie.²

In wat ruimer opzicht valt ook te denken aan ernstig invaliderende, regulier uitbehandelde ziekten waarbij, mits in goed overleg met de reguliere behandelaars, een alternatief behandelaar een rol kan spelen in de palliatieve zorg. In dat geval kan er een sociaal-medische indicatie zijn.

2.2 Criteria

1. *De gekozen alternatieve behandeling wordt niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar*
2. *De adviserend geneeskundige constateert een gezondheidsprobleem waarvoor een geneeskundige behandeling aangewezen is*
3. *De reguliere geneeskunde heeft geen oplossing voor het gezondheidsprobleem geboden*
4. *De alternatieve behandeling is nog niet begonnen*
5. *De alternatief behandelaar geeft in een behandelplan aan welke behandeling hij denkt te gaan geven*
6. *Het belang van het volgen van de alternatieve behandeling moet voldoende motiveerbaar zijn*
7. *Eisen te stellen aan de alternatief behandelaar*
 Indien consultatie op **eigen initiatief**:
 - De alternatief behandelaar is een arts of een fysiotherapeut (deze laatste alleen voor behandelingen aan het houdings- of bewegingsapparaat) en is BIG-geregistreerd
 - De alternatief behandelaar moet zijn aangesloten bij een representatieve beroepsvereniging op het gebied van de betreffende therapie die ook eisen stelt aan vakbekwaamheid, opleiding en bijscholing
 - De alternatief behandelaar heeft een beroepsaansprakelijkheidsverzekering
 - De alternatief behandelaar houdt contact met de reguliere zorg
 Indien **verwezen** door behandelend huisarts of behandelend specialist:
 - De alternatief behandelaar moet zijn aangesloten bij een representatieve beroepsvereniging op het gebied van de betreffende therapie die ook eisen stelt aan vakbekwaamheid, opleiding en bijscholing
 - De alternatief behandelaar heeft een beroepsaansprakelijkheidsverzekering
 - De alternatief behandelaar houdt contact met de reguliere zorg
8. *Eventueel noodzakelijke geneesmiddelen worden verstrekt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts*
9. *Bij een herbeoordeling is er sprake van een objectiveerbare verbetering in het functioneren ten opzichte van vóór aanvang van de alternatieve behandeling*
10. *Bij aanvragen voor voortzetting of wijziging van de therapie is een voortgangsverslag van de alternatief behandelaar noodzakelijk*

² N.B.: Er kunnen ook niet-alternatieve zaken buiten het basispakket vallen omdat deze als algemeen gezondheidsbevorderend gedrag beschouwd worden. Ook wanneer deze om een duidelijke medische reden meer dan algemeen gebruikelijk van belang zijn. Naar de mening van de werkgroep mag de uitsluiting dan geacht worden mede gebaseerd te zijn op criterium 4 van de trechter van Dunning (zie pagina 6). Juist bij mensen rond het bestaansminimum is het denkbaar dat er zich in die omstandigheden financieringsproblemen kunnen voordoen. In die gevallen vormt het ziekenfonds dan niet op voorhand een passende en toereikende voorliggende voorziening. Met name kan daarbij gedacht worden aan bepaalde bewegingsprogramma's onder begeleiding van (para)medici als cardio-fitness bij hartpatiënten en therapeutisch zwemmen bij reuma, indien deze niet gelden als revalidatie in striktere zin. Het wordt in deze voetnoot genoemd omdat dit in eerste aanleg gelijksoortig in aanvraag zou kunnen komen, maar inhoudelijk een andere beoordeling vergt die buiten de reikwijdte van deze handleiding valt.

2.3 Puntsgewijze toelichting

1. De gekozen alternatieve behandeling wordt niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar

In het kader van de bijzondere bijstand kunnen geen vergoedingen worden verstrekt voor voorzieningen die vanuit een voorliggende voorziening kunnen worden bekostigd. In de meeste aanvullende pakketten zijn onder bepaalde voorwaarden³ alternatieve behandelingen opgenomen. Het staat de gemeenten vrij om deze aanvullende ziektekostenverzekering aan te merken als voorliggende voorziening. In dat geval zal alleen voor de meerkosten van de behandeling bijzondere bijstand verstrekt (kunnen) worden. Voor dit deel kan een medisch advies worden gevraagd. In een dergelijk geval zal de aanvraag als eerste beoordeling worden behandeld.

De Sociale Dienst dient vooraf na te gaan of de gevraagde behandeling niet elders gedeclareerd kan worden.

2. De adviserend geneeskundige constateert een gezondheidsprobleem waarvoor een geneeskundige behandeling aangewezen is

De adviserend geneeskundige en de patiënt moeten het er over eens zijn dat er sprake is van een gezondheidsprobleem. Dit is niet persé hetzelfde als een diagnose. De werkgroep kiest in dit geval voor de benadering die ook de basis vormde voor het rapport van de commissie Dunning (7). Gezondheid is volgens deze commissie: *het vermogen tot normaal functioneren in de samenleving*. De (zorg)behoefte wordt in het verlengde hiervan bepaald door: *het onvermogen tot deelname aan de samenleving*. De zorg tenslotte *maakt deelname aan de samenleving mogelijk*.

De taak van de adviserend geneeskundige is om vast te stellen of het onvermogen tot normaal functioneren het gevolg is van een ziekte of gebrek. Men kan echter ziek zijn zonder dat dit naar reguliere maatstaven is te objectiveren, en men kan zich ziek voelen terwijl een arts niet over de middelen beschikt dit te bevestigingen en daar wat aan te doen. Of sprake is van onvermogen tot normaal functioneren als gevolg van ziekte of gebrek kan worden vastgesteld nadat de uitingen van ziekte op alle niveaus van het mens-zijn zijn onderzocht (9). Dit zijn:

- *stoornissen* op het niveau van het lichamelijk en geestelijk functioneren,
- *beperkingen* op het niveau van de gedragingen en activiteiten en
- *handicaps* op het niveau van de sociale rollen.

In het kader van een indicatiestelling kan, ook als geen duidelijke diagnose bekend is, gesproken worden van een gezondheidsprobleem wanneer op deze *drie* niveaus logisch samenhangende uitingen van ziekte worden vastgesteld.

Om te bepalen of er sprake is van een gezondheidsprobleem is in ieder geval een anamnese noodzakelijk, eventueel aangevuld met een lichamelijk onderzoek. Indien noodzakelijk kan dit aangevuld worden met informatie van de huisarts en/of specialist.

3. De reguliere geneeskunde heeft geen oplossing voor het gezondheidsprobleem geboden

De cliënt moet voor zijn klachten het reguliere circuit geraadpleegd hebben. Een minimumeis in deze is tenminste één consult bij de huisarts. Daarmee is niet gezegd dat dit ene consult altijd voldoende is. De adviserend geneeskundige zal moeten beoordelen of in zijn ogen de gangbare diagnostische middelen en therapeutische interventies afdoende zijn benut. Het herstelgedrag (dat wil zeggen: neemt de aanvrager de juiste maatregelen om weer beter te worden) speelt in dit verband bij de beoordeling een belangrijke rol.

³ Over het algemeen betreft dit een beperkt aantal geneeswijzen, waarbij per geneeswijze eisen worden gesteld aan de therapeut. De vergoedingen zijn gemaximeerd tot een bepaald bedrag per jaar, afhankelijk van de omvang van het aanvullend verzekeringspakket.

4. De alternatieve behandeling is nog niet begonnen

Een objectief en onafhankelijk advies kan in principe alleen gegeven worden vóórdát de te bekostigen behandeling is gestart. Eventuele vergoeding kan dan alleen voor de periode ná de advisering gelden, vergoeding met terugwerkende kracht moet in principe worden afgewezen.

Voorafgaand aan de advisering moet de adviserend geneeskundige namelijk een objectief oordeel kunnen geven over het gezondheidsprobleem. Dit is nodig voor de beoordeling van de aard en ernst van het probleem en voor de beoordeling van het effect van de therapie bij een vervolgbehandeling. Wanneer pas na afloop van de therapie een vergoeding wordt gevraagd kan er niet beoordeeld worden.

5. De alternatief behandelaar geeft in een behandelplan aan welke behandeling hij denkt te gaan geven

Om een beeld te krijgen van de voorgenomen behandeling zal door de alternatief behandelaar een behandelplan moeten worden opgesteld. Hierin dient te zijn opgenomen:

- wat volgens de behandelaar de diagnose is
- wat de behandeldoelen zijn
- welke behandelmethod(e)n zullen worden toegepast
- in welke frequentie
- hoelang de therapie zal worden voortgezet
- welke acties worden ondernomen bij uitblijven van resultaat.

In principe wordt een vergoeding verleend voor een beperkt aantal behandelingen (8 á 12). Indien de alternatief behandelaar meer behandelingen noodzakelijk vindt moet dit met redenen omkleed worden aangegeven. Het is aan te bevelen de behandeling met een proefbehandeling (maximaal 6x) te laten beginnen om te kijken of de therapievorm ook datgene biedt wat de patiënt voor ogen staat. Na 3 maanden moet het resultaat geëvalueerd worden en moet er minstens sprake zijn van een subjectieve verbetering. Vervolgens dient deze evaluatie minstens elke 6 maanden plaats te vinden, waarbij informatie wordt ingewonnen bij de huisarts en/of therapeut. De vergoeding van alternatieve geneeswijzen dient te zijn gebonden aan een maximum van 2 jaar.

In bijlage 1 is een conceptbrief opgenomen die kan worden toegestuurd naar de behandelaar.

6. Het belang van het volgen van de alternatieve behandeling moet voldoende motiveerbaar zijn.

Hierbij zal beoordeeld moeten worden hoe zwaar het belang voor betrokkene is om de gevraagde behandeling te volgen. Zoals in de overwegingen al werd gezegd (zie pagina 10), zal het gaan om zeer bijzondere omstandigheden.

De mate waarin de klachten en aandoening een beperking en belasting vormt voor het functioneren van betrokkene zal hierbij afgezet moeten worden tegen de kans dat het volgen van de behandeling daarin verbetering brengt. De inschatting van de kans op verbetering zal niet alleen gericht moeten zijn op stoornis- en beperkingenniveau, maar ook met het oog op handicap en participatie. In de regel zal bij een zeer ernstige aandoening sneller gemotiveerd kunnen worden dat een kans op verbetering, ook als deze klein is, niet onbenut gelaten moet worden. De zwaarte van de handicap en de potentiële participatiewinst enerzijds en de rationeel navolgbare aannemelijkheid dat de voorgestelde behandeling daarin verbetering brengt anderzijds, zullen daarvoor in samenhang gewogen moeten worden. Aan deze weging moet naar het oordeel van de adviserend geneeskundige een voldoende motief ontleend kunnen worden, met respectering van de eerder genoemde overwegingen in paragraaf 2.1.

7. Eisen te stellen aan de alternatief behandelaar

De werkgroep is van mening dat de alternatief behandelaar niet persé een medicus of een andere BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar hoeft te zijn. Dit zou enerzijds een té grote inperking van de keuzevrijheid van de aanvrager inhouden, terwijl anderzijds juist de wet BIG erop is gericht medische behandelingen (met uitzondering van voorbehouden handelingen) in beginsel vrij te laten. Dit

neemt echter niet weg dat daar waar de adviserend geneeskundige om een oordeel over een alternatieve behandeling wordt gevraagd, eisen gesteld dienen te worden aan de alternatief behandelaar voor wat betreft vakbekwaamheid, opleiding, bijscholing en toetsbaarheid. Daar waar een beroep gedaan wordt op de bijzondere bijstand, en dus op gemeenschapsgelden, is bovendien niet alleen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt in het geding, maar ook een oordeel over de algemeen aanvaarde noodzaak van hetgeen waarvoor financiële ondersteuning met gemeenschapsgelden wordt gevraagd. Uit recent onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt bovendien dat de nieuwe wetgeving onvoldoende waarborgen biedt voor kwalitatief verantwoorde zorg (10). Ook daar ligt een mogelijkheid voor de adviserend geneeskunde om dit in het oordeel mee te wegen. Dit laat onverlet dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van werkzaamheid, veiligheid en dergelijke voor rekening en verantwoordelijkheid van de behandelaar komt en dat een eventueel positief advies niet als erkenning daarvan kan gelden of als zodanig uitgelegd moet of mag worden. Bij een verwijzing door een reguliere arts (huisarts of specialist) mag er naar de mening van de werkgroep impliciet van worden uitgegaan dat de verwijzer bekend is met, en vertrouwen heeft in, de persoon en werkwijze van de alternatief behandelaar. Daarbij is tevens een deskundig oog t.a.v. regulier behandelbare pathologie redelijk gewaarborgd. In dat geval wordt een BIG-registratie niet als voorwaarde gesteld. Indien de consultatie daarentegen op eigen initiatief van de aanvrager tot stand is gekomen, kan alleen een positief advies worden gegeven als de alternatief behandelaar een BIG-geregistreerde arts of een fysiotherapeut is (deze laatste alleen voor behandelingen aan het houdings- of bewegingsapparaat).

Daarnaast is het van essentieel belang dat de alternatief behandelaar tijdens de behandeling contact onderhoudt met de reguliere zorg (huisarts of specialist). Ook als de behandeling niet het gevolg is van een verwijzing.

8. Eventueel noodzakelijke geneesmiddelen worden verstrekt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts

Dit is de enige waarborg voor een verstrekking van chemische stoffen voor therapeutisch gebruik, waarbij enige controle is ingebouwd.

9. Bij een herbeoordeling is er sprake van een objectieveerbare verbetering in het functioneren ten opzichte van vóór aanvang van de alternatieve behandeling

Bij de herbeoordeling moet uit eigen onderzoek van de adviserend geneeskundige blijken dat er een verbetering in de gezondheidssituatie is opgetreden. Dit zal vooral moeten blijken uit een algehele verbetering in het functioneren, zowel subjectief als objectief. Om de invloed van de alternatieve behandeling op waarde te kunnen schatten zal hierbij ook het natuurlijk beloop van de ziekte in ogenschouw moeten worden genomen.

10. Bij aanvragen voor voortzetting van de therapie is een voortgangsverslag van de alternatief behandelaar nodig

Dit geldt zowel bij voortzetting na eerdere positieve indicatie als bij voortzetting nadat het eerste deel vergoed is door de ziektekostenverzekeraar.

Vragen die aan de orde kunnen komen zijn:

- wat is de reden dat de behandeldoelen niet zijn gehaald?
- wat zijn de bijgestelde doelen?
- waarom zullen deze na deze vervolgbehandeling wel worden gehaald?

Ook de mening van de patiënt over de ondergane behandeling moet worden meegenomen.

Wanneer er bij het staken van de alternatieve therapie sprake kan zijn van ernstig risico voor de patiënt en er geen reguliere behandelingsmogelijkheden zijn, dan kan de alternatieve therapie gecontinueerd worden (b.v. reële kans op psychische decompensatie)

Het advies is o.m. verbonden aan de behandeling en behandelaar en niet overdraagbaar. Voortzetting door een overstap naar een andere alternatieve behandeling of behandelaar (alternatieve shop-

ping) moet gezien worden als een nieuwe aanvraag, waarbij in de beoordeling het eerder gevolgd hebben van een alternatieve behandeling meegewogen kan worden.

3 Advies

In het advies wordt de gevolgde procedure weergegeven:

- gezien op spreekuur,
- al of niet lichamelijk onderzoek verricht,
- al of niet informatie ingewonnen.

Als conclusie wordt vermeld of er een sociaal medische indicatie is of niet. Ook kan vermeld worden dat men bij de beoordeling gebruik heeft gemaakt van deze richtlijn (zodat de sociale dienst op de hoogte is van de gehanteerde criteria).

Een *positief advies* is alleen mogelijk als aan alle criteria is voldaan (in zeer uitzonderlijke gevallen niet, maar dit dient dan duidelijk in het advies vermeld te worden).

Bij een positief advies wordt aangegeven:

- de soort behandeling
- de naam van de therapeut
- frequentie van de behandeling (aantal consulten)
- de maximale duur van de behandeling

Bij een *negatief advies* dient met redenen omkleed te worden waarom. Ook in dat verband is het raadzaam om te verwijzen naar de criteria in deze richtlijn.

Indien er vanuit het oogpunt van de adviserend arts, met inachtneming van al het bovenstaande, geen of onvoldoende grond is om de noodzaak van de behandeling te onderschrijven is er geen medische of sociaal-medische indicatie. Het is denkbaar dat een gemeente in dergelijke gevallen toch op sociale gronden een vergoeding vanuit de bijstand mogelijk wil laten zijn. Dat zal afhangen van de sociaal-maatschappelijke en politieke afwegingen dienaangaande. Deze afwegingen dienen voorbehouden te blijven aan de gemeente (hetgeen in het advies expliciet vermeld wordt).

Bijlage 1. Vragenlijst therapeut

Vragenlijst bestemd voor:
 (naam therapeut)

betreffende: dhr/mw..... geboren:
 (naam patiënt)

I Therapeut

- Bent U
 - arts, specialisme:.....
 - paramedicus, namelijk:
 - anders, namelijk:
- Indien geen arts: vindt de behandeling dan plaats onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts?
 - nee ja

Zo ja, naam en telefoonnummer van de arts:
 naam: specialisme tel.nr.
- Welke reguliere beroepsopleiding heeft u genoten?

- Welke opleiding in het kader van alternatieve geneeswijzen heeft u genoten?

- Bent u aangesloten bij een beroepsorganisatie voor alternatieve geneeswijzen?
 - nee ja, namelijk
- Hanteert deze beroepsorganisatie tuchtrechtelijke procedures?
 - ja nee onbekend
- Bent u op dit moment ingeschreven in het BIG-register?
 - nee ja, inschrijfnummer uw geb.datum:

II Therapie

Welke diagnose stelde u?

Welke therapie past u toe?

- Bestaan er nog mogelijkheden voor therapie binnen het reguliere circuit?
 - ja nee onbekend
- Wat is uw therapeutische doelstelling?

- Wat zijn uw verwachtingen van de therapie?

- Heeft er een proefbehandeling plaatsgehad (of acht u deze noodzakelijk) en wat was het resultaat?

.....
.....

- Hoe vaak is de behandeling nodig?..... per week maand jaar
- Hoelang?..... maanden jaren

III Vervolgtherapie

Wat is tot nu toe het resultaat van de behandeling en hoe uit zich dat?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Acht u continuering van de therapie noodzakelijk?

- nee
- ja

Zo ja, waarom?

- hoe vaak per week maand jaar
- hoelang weken maanden jaren

Ondertekening

Datum:/...../.....

Naam:

Adres:

woonplaats:

Ondertekening:

Ruimte voor praktijkstempel

Bijlage 2. Belangrijke websites

Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (VIA).

Op de website van de VIA vindt u actuele informatie rondom protocollen en richtlijnen.

www.vianieuws.nl

Consumentenbond

Door de Consumentenbond worden regelmatig beroepsorganisaties van alternatieve behandelaars doorgelicht op zaken als opleiding, bij- en nascholing, herregistratie, herkenbaarheid van de leden, richtlijnen en standaarden voor behandelwijzen, patiëntendossier, omgang met patiënten en omgang met collega's, overdracht en nazorg, en omgang met de reguliere zorg. Het laatste onderzoek is gepubliceerd in de Consumentengids van december 2002 (11).

www.consumentenbond.nl

Landelijk Overleg Patiënten Alternatieve Geneeswijzen

Het LOPAG is een koepel van een aantal stichtingen en verenigingen van patiënten/consumenten die zich inzet voor de acceptatie van de toepassing van diverse alternatieve of complementaire geneeswijzen

www.lopag.nl

Startkabel

alternatieve-geneeswijzen.startkabel.nl

Uitgebreid overzicht van therapieën en therapeuten

directory.google.com/Top/World/Nederlands/Gezondheid/Alternatieve_Geneeswijzen/

TBNG Stichting Tuchtrect Beroepsbeoefenaren Natuurlijke gezondheidszorg

Het voornaamste doel van deze stichting is het verzorgen van de Tuchtregeling zoals deze omschreven is in het formele tuchtrect.

www.tbng-tuchtrect.nl

SRBAG Registratie Beroepsbeoefenaren Alternatieve Genees- en Behandelwijzen.

www.srbag.nl

Raadplegen van het BIG-register kan via:

www.bigregister.nl

Stichting Skepsis

De Stichting Skepsis stelt zich ten doel buitengewone beweringen aan een kritisch onderzoek te onderwerpen. Meestal blijkt dat de beweringen niet zijn gebaseerd op fatsoenlijk bewijsmateriaal of door de mand vallen wanneer ze op de proef worden gesteld. Op de website staan veel kritische beschouwingen over uiteenlopende alternatieve therapieën.

www.skepsis.nl

Vereniging tegen de kwakzalverij

De vereniging heeft als doelstelling: evaluatie van alternatieve behandelwijzen en bestrijding van kwakzalverij in de ruimste zin van het woord.

www.kwakzalverij.nl

Inspectie voor de gezondheidszorg

www.igz.nl

Literatuur

- 1 *Wet van 9 oktober 2003, houdende vaststelling van een wet inzake ondersteuning bij arbeidsinschakeling en verlening van bijstand door gemeenten (Wet werk en bijstand)*
Staatsblad 375, 2003
- 2 Jansen, J.M.T.
Sociaal-medisch advisering omtrent alternatieve geneeswijzen
Scriptie in het kader van de opleiding Algemene Gezondheidszorg
Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Utrecht, maart 1987
- 3 Jacobs, E., J. Mooren en H. Kuijpers
Richtlijnen Alternatieve Geneeswijzen
Oss, januari 1995
- 4 Dijk, P.A. van
Geneeswijzen in Nederland
Uitgeverij Ankh-Hermes, Deventer 1984 (ISBN nummer : 9020252658)
- 5 Lieburg, M.J. van
De wortels van de huidige medische wetenschap
In symposiumverslag: Geneeskunde op de drempel?
Georganiseerd door NEHOMA op 30 september 1998 te Zoetermeer
- 6 Commissie Alternatieve Geneeswijzen
Alternatieve Geneeswijzen in Nederland
Staatsuitgeverij, 's Gravenhage 1981
- 7 Commissie Keuzen in de zorg
Kiezen en delen
Den Haag, november 1991.
- 8 Brief van minister Borst-Eilers aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 21 maart 2000
- 9 Boer, W.E.L. de, J. Csányi-Achilles, M. van der Toorn, N.H.Th. Croon, S. Knepper, P.A.M. van Rijn
Standaard Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium
LISV; Amsterdam, september 1996
- 10 *Zorgverlening aan S.M.; een voorbeeldcasus*
Inspectie voor de Gezondheidszorg; Den Haag, februari 2004
- 11 *Alternatieve behandelaars aan de beterende hand*
Consumentengids december 2002
Consumentenbond, Den Haag 2002