

1. Huidige situatie (in het CAM-domein)

Door: Nico Smits / Centrum CAM (december 2017)

Sinds de 'Complementary and Alternative Medicine' (CAM) in Nederland (*als logisch vervolg op de alternatieve geneeswijzen*) dusdanige vormen begon aan te nemen dat de maatschappij in het algemeen en de overheid/gezondheidszorg in het bijzonder zich hierover begon te buigen, heeft CAM een enorme groei ondergaan. Een groei die redelijk explosief te noemen is en ongecontroleerd/ongeregeld is verlopen, waardoor niet altijd de benodigde veiligheid/kwaliteit kon en kan worden gewaarborgd.

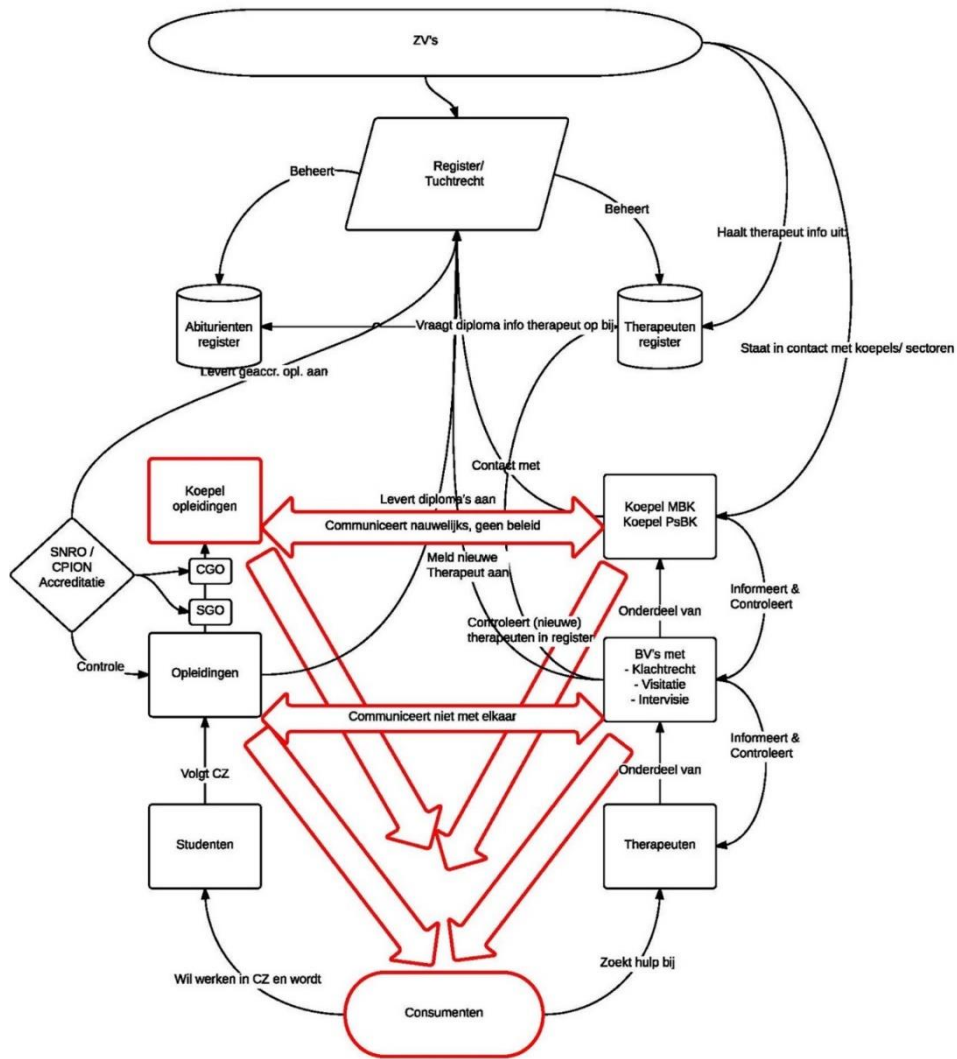
2. Inhoud

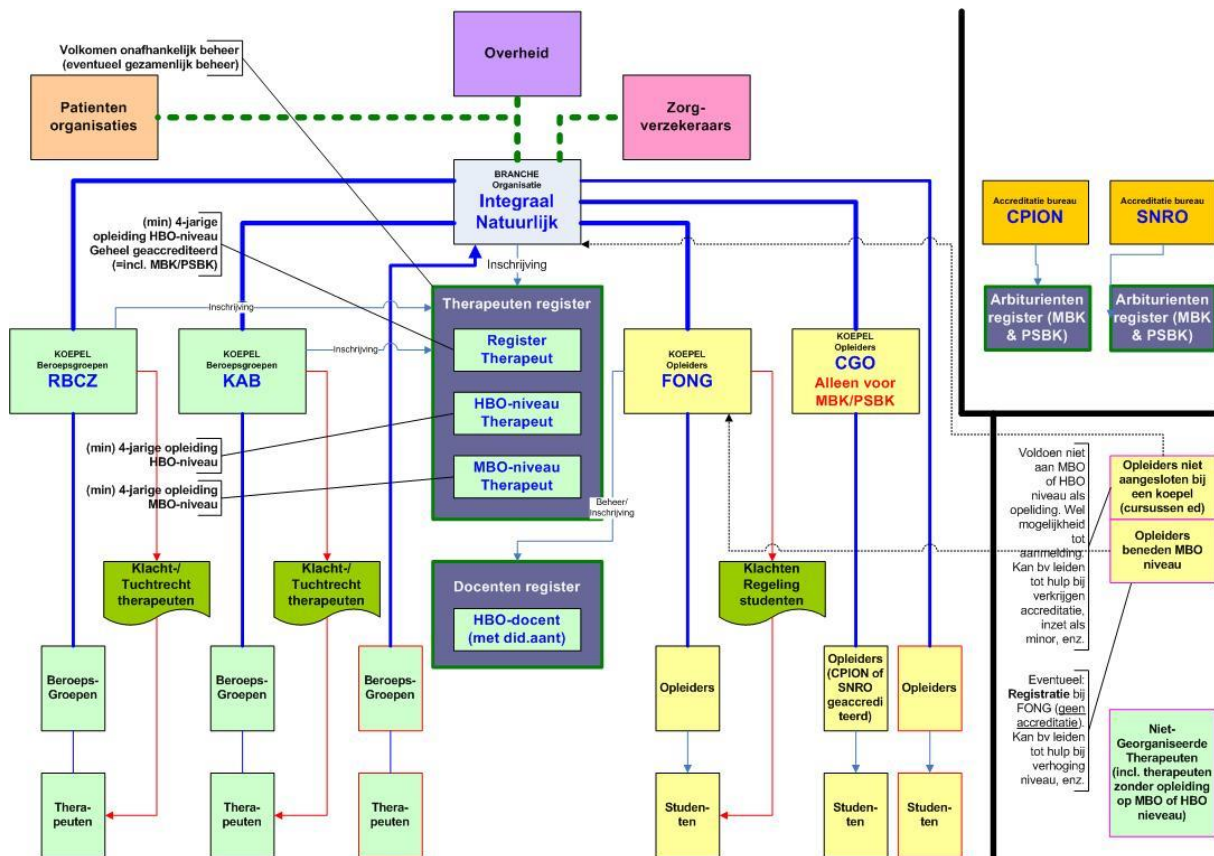
1. Huidige situatie (in het CAM-domein)
2. Inhoud
3. Aanleiding
4. Uitwerking
 - 4.1. Onderwijs
 - 4.1.1. Studenten
 - 4.1.2. Opleiders
 - 4.1.3. Onderwijs Koepels
 - 4.2. Beroepsuitoefening
 - 4.2.1. Therapeuten
 - 4.2.2. Beroepsgroepen
 - 4.2.3. Koepels
 - 4.2.4. Branche Organisaties
 - 4.3. Derden
 - 4.3.1. Accreditatie Bureaus
 - 4.3.2. Zorgverzekeraars
 - 4.3.3. Patiënten Organisaties
 - 4.3.4. Eerstelijnszorg
 - 4.3.5. Overheid
 - 4.4. Samenwerking/overleg Onderwijs – Beroepsuitoefening
5. Conclusie

3. Aanleiding

In september 2015 brachten Sander de Bot (toen voorzitter Integraal Natuurlijk, nu voorzitter FAGT) en Nico Smits (Centrum CAM) bijna gelijktijdig een overzicht uit van het CAM-domein ten behoeve van een aantal informatiebijeenkomsten voor een diverse partijen binnen het CAM-domein. Doel van die bijeenkomsten, was het bespreken van de (mogelijke) toekomst van het CAM-domein.

Overzicht Sander de Bot





Overzicht Nico Smits (voor Centrum CAM)

Uit beide 'voorstellingen' blijkt wel, hoe gecompliceerd het CAM-domein is opgebouwd.

Doordat de 'titel' "therapeut" niet beschermd is, kan iedereen zich therapeut noemen, ongeacht de daarvoor wel of niet verworven kennis/competenties en garanties rond veiligheid en kwaliteit. Dat dit er mede toe heeft geleid dat de eerder genoemde groei is ontstaan, mag helder zijn. Helaas is daar, tot op dit moment, nog geen verandering in gekomen.

Gelijktijdig heeft deze situatie er toe geleid, dat vooral de zorgverzekeraars in eerste instantie het CAM-domein hebben opgeroepen zichzelf te organiseren en te werken aan veiligheid en kwaliteit. Bij het uitblijven van (voldoende) reactie, hebben de zorgverzekeraars zelf stappen gezet door therapeuten die voor vergoeding in aanmerking willen komen (= *therapeuten waarvan de cliënten hun factuur voor (gedeeltelijke) vergoeding kunnen aanbieden bij de zorgverzekeraars*) te verplichten tenminste een Medische BasisKennis (MBK) en/of Psychosociale BasisKennis (PsBK) bij-/nascholing naar PLATO-niveau te hebben gevolgd bij een geaccrediteerde opleiding. Het is zeer waarschijnlijk (daarover zijn al geruchten in omloop) dat de zorgverzekeraars in de komende jaren hun eisen gaan aanscherpen en mogelijk/waarschijnlijk naast MBK/PsBK een 3 of 4-jarige beroepsopleiding gaan eisen.

Met het invoeren van de eisen rond MBK en/of PsBK hebben de zorgverzekeraars een aantal jaren geleden een aanzet gegeven tot het zekerstellen van de veiligheid en kwaliteit van zorgverlening door therapeuten. Hierbij is echter uit het oog verloren, dat het stellen van eisen aan een enkel onderdeel uit de praktijkvoering daarvoor geen enkele garantie geeft. Wel is hierdoor (*en mede door de wijze waarop opleidingen worden geaccrediteerd*) de situatie ontstaan dat de opleiding/beroepskennis van therapeuten in 3 delen verdeeld is geraakt:

1. Vakdiscipline (*Deze wordt door de accreditatiebureaus buiten de accreditatie gehouden aangezien zij niet in staat zijn deze te beoordelen*). Het verschil tussen Evidence Based Practice (EBP) en Practice Based Evidence (PBE) ¹ en het – volgens reguliere bronnen, weersproken door CAM-bronnen – gebrek aan bewijsmateriaal voor de CAM-behandelwijzen ligt hieraan ten grondslag.
2. Therapeutschap (*Hieronder valt alles dat niet tot de vakdiscipline behoort maar bijdraagt aan het op juiste, correcte, betrouwbare, enzovoort, uitoefenen van het beroep*).
3. MBK/PsBK.

In de loop der tijd zijn verschillende initiatieven gestart om het CAM-domein tot verdere professionalisering te brengen om daarmee de kwaliteit van de geleverde zorg alsmede de veiligheid voor de gebruikers hiervan te garanderen. Tot op heden valt niet anders te constateren dan dat deze initiatieven hier en daar verbetering hebben veroorzaakt maar niet tot het uiteindelijk gewenste resultaat hebben geleid.

Hoewel hiervoor een veelheid van factoren hun invloed hebben doen gelden, gaat het te ver voor dit document om deze te beschrijven.

4. Uitwerking

Teneinde een beschrijving te geven van 'waar' enigszins gestructureerd in te delen verdelen we de betrokken 'partijen' over drie van invloed zijnde groepen:

- Onderwijs
- Beroepsuitoefening
- Derden

Onder deze verdeling worden de betrokken partijen verder uitgesplitst en besproken waar het de stand van zaken betreft op dit moment betreft.

Aangezien de uiteindelijke zorgverlening start bij Onderwijs, daarna doorloopt in Beroepsuitoefening en de Derden min of meer zijdelings betrokken zijn, is voor deze onderverdeling gekozen.

¹ Heel terecht stelt het CAM-domein: "absence of evidence is not evidence for absence". Het schijnbaar afwezig zijn van wetenschappelijk bewijs (*althoewel er materiaal voldoende beschikbaar is maar dit in een taal is opgesteld die niet gebruikelijk is voor wetenschappelijk bewijs (bijvoorbeeld Russisch, Koreaan, Chinees, Japans, enz.) of dat om vigerende redenen wordt afgewezen door de wetenschap (dit ondanks het toepassen van dezelfde Gouden Regel voor wetenschappelijk onderzoek die binnen de reguliere wetenschap algemeen geaccepteerd is)*) is geen bewijs dat de diverse gebruikte zorgmethoden binnen het CAM-domein niet werkzaam zouden zijn.

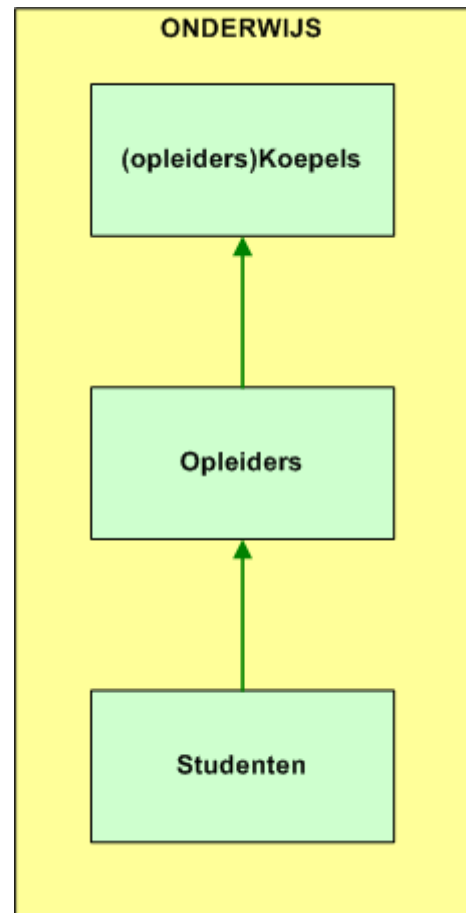
4.1. Onderwijs

4.1.1. Studenten

Particulieren die zich willen (*gaan*) bezig houden met zorgverlening in het CAM-domein, melden zich doorgaans aan voor het volgen van onderwijs op dat gebied.

Hoewel, conform het onderwijs in andere beroepsrichtingen in het algemeen en binnen de gezondheidszorg in het bijzonder (*en zeker daar waar het een beroepsuitoefening als zelfstandige i.c. ZZP-er betreft, vooral binnen de gezondheidszorg*) dient te worden afgesloten op hbo-niveau (*binnen de reguliere beroepen, dus ook in de gezondheidszorg: bachelor-niveau*) of hoger, is dit binnen het CAM-domein niet specifiek/bindend vastgelegd (*dit heeft mede te maken met de niet beschermde titel van 'therapeut' en wellicht deels met het niveau van de 'studenten' die veelal in – zeer kleine – deeltijd een beroep als 'therapeut' willen gaan uitoefenen*).²

Binnen het CAM-domein melden serieuze toekomstige therapeuten zich aan bij opleidingsinstituten die minimaal 3 en bij voorkeur 4-jarige (*beroeps-*)opleiding aanbieden binnen de vakdiscipline van hun interesse. Hiernaast wordt ook een veelheid van cursussen en workshops aangeboden, variërend van een/enkele dag/dagen tot 2 jaar. Alleen al vanwege hun (*gebrek aan*) omvang (*en daarmee aan inhoud als gevolg van het gebrek aan omvang*) kan een dergelijke korte 'opleiding' nooit gezien worden als volwaardige beroepsopleiding en daarmee (*volgens de reguliere onderwijsopzet*) nooit leiden tot zelfstandige beroepsuitoefening. Helaas is dit, zoals eerder vermeld, in het CAM-domein niet geregeld: iedereen mag zich 'therapeut' noemen en dus is omvang noch inhoud van de 'opleiding' maatgevend.³



² Momenteel is een ontwikkeling ingezet waarbij, mogelijk vanuit de zorgverzekeraars (*vreemd genoeg niet vanuit de overheid of maatschappij*) de eis tot het gevolgd moeten hebben van een beroepsopleiding van minimaal 3 jaar (*en mogelijk een volgende stap waarin die eis 4 jaar zal worden*) bovenop de MBK/PsBK-eis zal worden toegevoegd.

³ De laatste tijd ontstaat een tendens tot het volgen van korte(re) opleidingen. Opleiders en andere aanbieders spelen daarop in door het aanbieden van de gevraagde korte cursussen/opleidingen. Mede door de onzekere toekomstverwachtingen en de verminderende mogelijkheden om van een praktijk te kunnen bestaan, besluiten veel belangstellenden geen langer durende opleiding te volgen maar met een mindere opleiding het beroep van 'therapeut' als bijverdienste te vervullen. Zonder regelingen op dit gebied zal dit het CAM-domein mogelijk in een steeds lastiger te regelen/organiseren en zeker te accepteren situatie brengen. Samenwerking met 'regulier' zal steeds lastiger worden en veiligheid en kwaliteit raken buiten beeld doordat een groot (*en groeiend*) deel van de 'therapeuten' zich in het Grijze Gebied zal begeven.

4.1.2. Opleiders

Zoals al genoemd, omvat onderwijs binnen het CAM-domein een breed scala aan opleiders. Enerzijds de opleidingsinstituten die, al was het maar uit PR-overweging, proberen een hoog niveau aan beroepsopleidingen aan te bieden; doorgaans 3 of 4-jarige opleidingen (*respectievelijk 180EC en 240EC in omvang, conform reguliere hbo-standaarden*), specialisatie-opleidingen en alle onderwijs dat afgestudeerden nodig hebben om hun vakdiscipline, therapeutschap en MBK/PsBK op niveau te houden dan wel te verbreden (*het zogenaamde Bij- & Nascholingsaanbod*). Hun onderwijsaanbod is veelal geaccrediteerd (*zie bij: Derden, Accreditatiebureaus*).

Anderzijds zien we kleine opleiders en therapeuten die vanuit hun eigen praktijk cursussen en workshops aanbieden. Deels is zowel inhoud/omvang als niveau van dat aanbod diffuus en zeker niet geschikt om een beroepsbeoefenaar binnen de gezondheidszorg op het benodigde niveau af te leveren. Het betreft hier zeker geen beroepsopleidingen. Niettemin worden ook hiervoor accreditaties aangevraagd die veelal ook worden toegewezen (*zie bij: Derden, Accreditatiebureaus*).

Probleem bij de opleiders binnen het CAM-domein is, dat veelal weinig tot geen kennis beschikbaar is van onderwijs i.c. de wijze waarop dit zou moeten worden opgezet, de samenhang moet worden gegarandeerd, de benodigde competenties moeten worden aangeleerd/aangeboden en/of worden getoetst. Het is juist dit 'gebrek' dat maakt dat onderwijs in het CAM-domein niet of nauwelijks wordt geaccepteerd door het reguliere (*hoger*)beroepsonderwijs in het algemeen en het Ministerie van Onderwijs (VWO) in het bijzonder.

Dat bij de vele kleinere onderwijsaanbieders en therapeuten geen (*of nauwelijks*) kennis van onderwijs aanwezig is, behoeft geen betoog.

Tussen de verschillende opleiders (*ook waar het de serieuze geaccrediteerde opleiders betreft*) vind nauwelijks overleg of uitwisseling plaats. Een organisatie zoals in het reguliere (*hoger*)beroepsonderwijs zoals de 'HBO-Raad' (*tegenwoordig heet deze: Vereniging Hogescholen*) bestaat binnen het CAM-domein niet. Er zijn wel pogingen gedaan een dergelijke raad op te richten maar, zoals vaak binnen het CAM-domein, deze is nooit tot ontwikkeling gekomen met hoogstwaarschijnlijk de angst voor verlies van identiteit of zelfs verlies van zelfstandigheid of studenten als reden. Weinig opleiders blijken in staat verder te kunnen zien dan de eigen grenzen en te kunnen inzien dat een dergelijke organisatie uiteindelijk alleen tot groei en grotere (*onderbouwde*) diversiteit zal leiden.

4.1.3. Onderwijs Koepels

Deels hebben de (*serieuze*) opleiders zich verenigd in koepels, organisaties die de belangen en verdere professionalisering van opleiders vertegenwoordigen en beogen. Hoewel dat enerzijds positief kan zijn, blijkt het aantal onderwijs koepels te beperkt waardoor aansluiting voor veel opleiders weinig zinvol lijkt.

Bij de belangrijkste koepel, de "Federatie van Opleidingen in de Natuurlijke Geneeswijzen" (FONG) is de laatste jaren een leegloop zichtbaar (steeds meer grotere/serieuze opleiders vertrekken en steeds meer kleinere opleiders zoeken de 'bescherming' van deze koepel teneinde enigszins serieus te worden genomen).

De enige andere koepel van zinvolle omvang is het "Collectief van Geaccrediteerde Opleidingen" (CGO). De CGO is een bijzondere koepel aangezien zij uitsluitend opleiders verenigd en vertegenwoordigd die geaccrediteerd onderwijs, in de zin van Bij- & Nascholing, in MBK en/of PsBK (*gezamenlijk aangegeven met MPsBK*) voor het bereiken van het zogenaamde 'PLATO-niveau' aanbieden (*evenals de daarvoor verplichte jaarlijkse onderhoudsdagen*).

4.2. Beroepsuitoefening

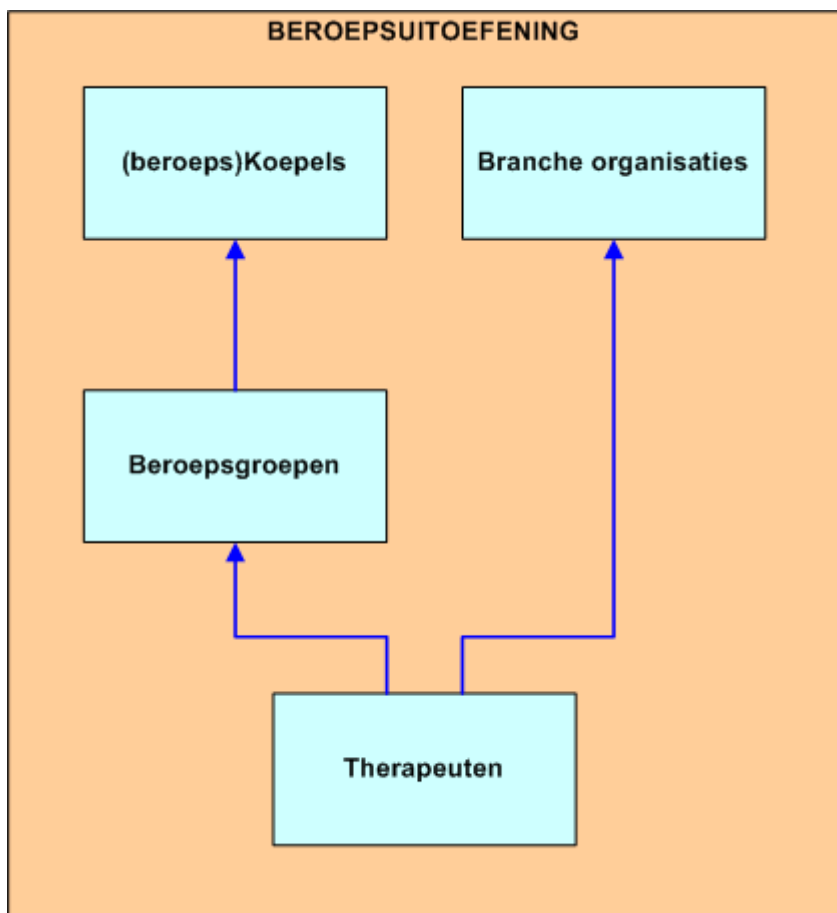
4.2.1. Therapeuten

Zoals eerder aangegeven is de titel 'therapeut' niet beschermd. Dit resulteert er in, dat een ieder (*ongeacht omvang of niveau van de opleiding*) zich 'therapeut' mag noemen.⁴

Bijkomend probleem is, dat er opleiders zijn die een 3 of 4-jarige opleiding aanbieden welke qua omvang niet voldoet aan 180EC respectievelijk 240EC (*doordat het aantal contacturen en zelfstudie-uren in totaliteit niet die omvang behaald*) waardoor het

opleidingsniveau van therapeuten waar mogelijk nog diffuser wordt.

Therapeuten zoals hier bedoeld (*bij voorkeur met een opleiding van 240EC maar minimaal met 180EC*) worden, conform de regelgeving voor het reguliere



⁴ Er is geprobeerd hierin enige verbetering te bewerkstelligen door de term die de zorgverzekeraars gebruiken voor de op hbo-niveau opgeleide therapeuten (*4-jarige opleiding, 240EC*) in te voeren voor vermelding op het diploma. De titel "CAM Therapeut, eigen vakdiscipline" geeft helderheid over het therapeutisch niveau maar is gelijktijdig niet beschermd. Aangezien de accreditatiebureaus aangeven nooit de vakdiscipline te accrediteren, doet dit diploma recht aan de verleende accreditatie en de titel. Een afzonderlijk diploma waarop de vakdiscipline is gespecificeerd is in deze constructie noodzakelijk.

(*hoger*)beroepsonderwijs, geacht na diplomering 'startend beroepsbeoefenaar' te zijn. Dankzij het opbouwen van praktijkervaring, hetgeen al aangeeft dat voldoende (*wat dat ook mag zijn aangezien hier ook geen normen voor zijn, alhoewel enkele beroepsverenigingen hier wel een minimum norm aan stellen maar dat is helaas geen algemene afspraak*) praktijk gevoerd moet worden. In ieder geval kan helder geacht worden dat 'therapeuten' die op hun vrije vrijdagmiddag een enkele cliënt behandelen, niet aan de norm voldoen.

Therapeuten dienen, om te voldoen aan de eisen van hun beroep, op jaarbasis voldoende Bij- & Nascholingslessen te volgen.⁵ Diverse andere leermomenten kunnen gelden als Bij- & Nascholing, denk daarbij aan het bijwonen van symposia of conferenties, het bestuderen van vakliteratuur met het daarna samenstellen van een beroepsinhoudelijke samenvatting, praktijkprocedure of handleiding daaruit. Ook het, na opgedane ervaring, begeleiden van stagiaires en het deelnemen aan inter-/supervisie groepen geldt als bij- & nascholing. Activiteiten zonder leermoment, zoals het bijwonen van een jaarvergadering van een beroepsvereniging, kunnen nooit gelden als bij- & nascholing.

4.2.2. Beroepsgroepen

Therapeuten sluiten zich, doorgaans voor registratie en voor aanmelding bij zorgverzekeraars in verband met vergoeding, aan bij beroepsgroepen.

Veel beroepsgroepen zijn zogenaamde mono-disciplinaire beroepsgroepen. Deze beroepsgroepen omvatten slechts therapeuten met eenzelfde beroepsdiscipline. Nadeel hiervan is, dat uitwisseling over de grenzen van de eigen vakdiscipline niet of nauwelijks beschikbaar is en daarnaast therapeuten die meerdere vakdisciplines beheersen lid moeten worden van 2 of meer beroepsgroepen. Een belangrijk nadeel van monodisciplinaire beroepsgroepen is, dat deze veelal (*erg*) klein van omvang zijn en soms direct gekoppeld zijn aan een bepaalde opleiding. Door de kleine omvang hebben deze beroepsgroepen weinig tot geen invloed op het CAM-domein (*i.c. de koepels*).

Steeds meer zien we de laatste jaren beroepsgroepen ontstaan (*of omvormen*) als (*tot*) multi-disciplinaire beroepsgroepen. Bij deze beroepsgroepen kunnen, over het algemeen, therapeuten met elke willekeurige vakdiscipline aansluiten (*soms bestaat nog de beperking tot het fysieke- of het psychosociale domein*). Voordeel van deze multidisciplinaire beroepsgroepen is, dat zij doorgaans een grotere omvang hebben en daardoor meer invloed hebben op het CAM-domein (*i.c. de koepels*) en dat leden eenvoudiger over de grenzen van hun eigen beroepsdiscipline heen kunnen kijken waardoor meer 'kruisbestuiving' ontstaat.

⁵ Probleem bij Bij- & Nascholing vormt de wijze waarop dit door de verschillende beroepsorganisaties wordt gewaardeerd. Waar het 'initiële' beroepsonderwijs binnen het CAM-domein inmiddels algemeen wordt gewaardeerd in EC's (zijnde de internationaal geaccepteerde norm), kennen beroepsorganisaties zogenaamde 'StudiePunten (SP's)' toe aan Bij- & Nascholing. Hierin hanteert elke beroepsorganisatie haar eigen verdeling (1SP/dagdeel, 2 SP's /dagdeel, enz). Hierdoor is Bij- & Nascholing onderling niet meer vergelijkbaar. Omdat opleidingsinstituten met deze verwarrende situatie geconfronteerd worden en certificaten moeten afgeven waarop de omvang zichtbaar is, kiezen deze veelal voor het aangeven van EC's voor Bij- & Nascholing. Het registreren van alle onderwijs (ook binnen het CAM-domein) in EC's, is een punt van aandacht richting de toekomst.

Beroepsgroepen hebben als doel de therapeuten te vertegenwoordigen, Bij- & Nascholingsverplichtingen te registreren en aanmelding bij de zorgverzekeraars te verzorgen.

Daarnaast kunnen therapeuten veelal via de beroepsgroep hun 'Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg' (WKKGZ) afdekken en gebruik maken van een gezamenlijke verzekeringsmogelijkheid (*bedrijfsverzekering, aansprakelijkheidsverzekering*). Ook voert de beroepsgroep regelmatig een praktijkbezoek/-beoordeling uit mbt de opzet, inrichting en bereikbaarheid van de praktijkruimte en de praktijkvoering; de zogenaamde Visitatie.

4.2.3. Koepels

Beroepsgroepen hebben zich, deels, verenigd in koepels. De koepels voeren doorgaans taken uit die de mogelijkheden van de beroepsgroepen te boven gaan. Denk daarbij aan overleg met zorgverzekeraars en, zo mogelijk, overheidsinstanties. Ook registratie van therapeuten in een, overkoepelend, register beschouwen de koepels als een, bij hen behorende, taak.

Wat we momenteel zien is, dat koepels zich veelal op de 'stoel' van de beroepsgroep plaatsen en taken overneemt. Zo bieden de koepels ook dekking van de WKKGZ aan (*vaak nemen zij die over van de beroepsgroepen en soms besteden de beroepsgroepen die taak uit aan de koepel*) en bieden zij deelname in beroepsverzekeringen aan.

Probleem daarbij is, dat de therapeut geen directe invloed heeft op de handelswijze, bestuur en regelingen binnen de koepel terwijl diezelfde therapeut daar wel direct de gevolgen van ondervindt.

4.2.4. Branche Organisaties

Een relatief nieuw fenomeen zijn de Branche Organisaties. Hoewel zij de aangesloten therapeuten vertegenwoordigen, is niet helder welke taken zij verder vervullen. Wel helder is, dat therapeuten zich zonder tussenkomst van een beroepsgroep kunnen aansluiten (*en daarmee kosten besparen*). Daarnaast kunnen therapeuten via de branche organisaties hun WKKGZ afdekken en verzekeringen afsluiten.

Tot slot pogen ook deze branche organisaties een therapeutenregister op te zetten.

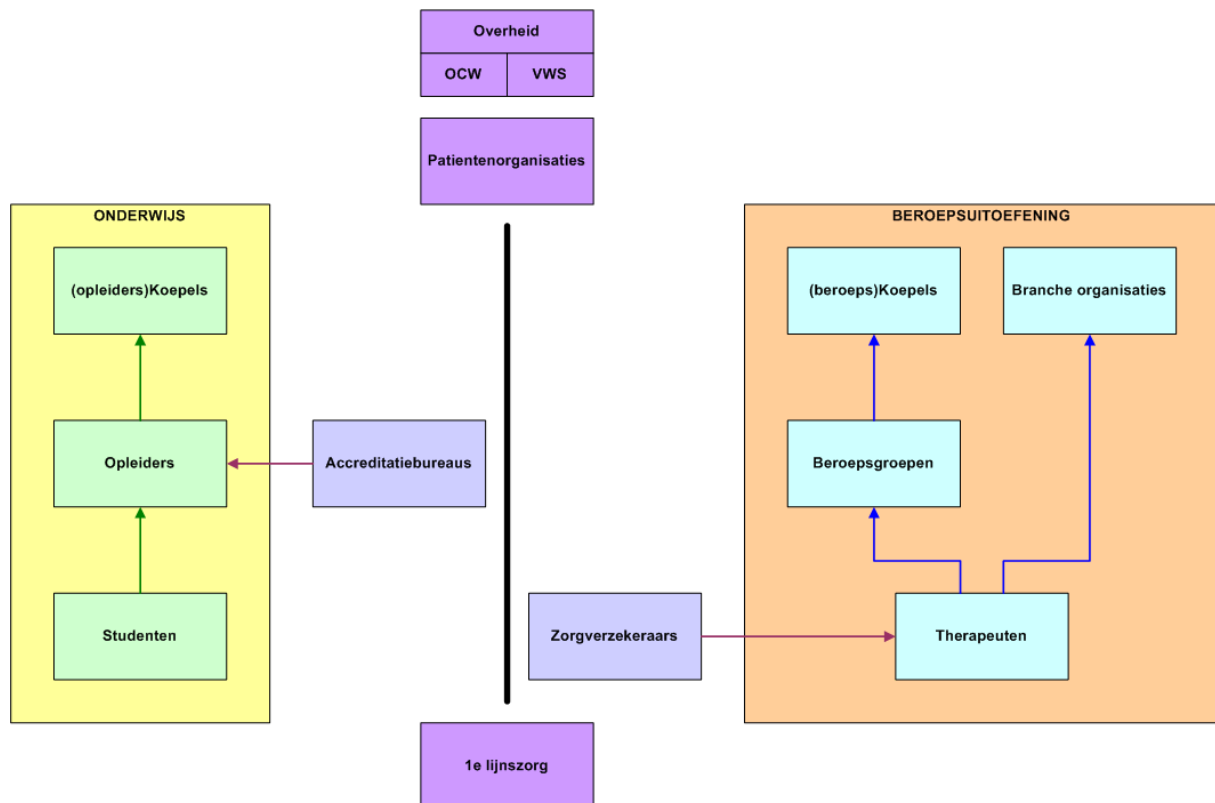
De grootste branche organisatie op dit moment, het 'Nederlands Instituut voor Bevordering van de Integrale Gezondheidszorg' (NIBIG), heeft evenals de RBCZ een zogenaamd 'gelaagd register' opgezet.

Waar het RBCZ een onderverdeling maakt in hbo-therapeuten en therapeuten die een lagere opleiding (*inschaling*) als hbo-niveau hebben genoten, verdeelt de NIBIG de aangemelde therapeuten in 8 verschillende schalen, variërend van een enkele cursus tot een 4-jarige opleiding en zelfs therapeuten met een BIG-registratie. Door deze opzet van een gelaagd register, bestaat de mogelijkheid voor elke belangstellende om zich aan te melden en ingeschaald te worden waarna een, bij de schaal behorende, titel gevoerd mag worden. Helaas zijn ook

hier de titels niet beschermd. Voordeel is wel, dat door de gelaagdheid ook behandelaren met minder opleiding lid kunnen worden en daardoor de groei van het Grijze gebied beperkt word.

4.3. Derden

Als laatste, maar niet minst belangrijke, betrokkenen bij het CAM-domein, is het van belang een aantal organisaties te bespreken die direct of indirect zijn betrokken bij het CAM-domein of daar, op welke wijze dan ook, invloed op uitoefenen.



Aangezien de groep 'Derden' gevarieerd is (*althoewel deze in de huidige situatie beperkt is*) en op diverse wijze haar invloed kenbaar maakt, lijkt dit onderdeel een 'allegaartje' maar de lezer zal al snel ontdekken dat deze groepen/betrokkenen van groot belang zijn voor het CAM-domein als geheel en voor de therapeuten in het bijzonder. In dat kader kan er ook niet aan worden voorbijgegaan dat deze groep invloed zal uitoefenen op 'Onderwijs'.

4.3.1. Accreditatie Bureaus

Accreditatie Bureaus voeren, zoals de naam al zegt, accreditaties uit, in dit geval binnen het CAM-domein (*en soms ook daarbuiten*). Een accreditatie is in de basis niet veel meer dan een aanduiding dat het geaccrediteerde onderwijs op de juiste wijze is opgezet en hoogstwaarschijnlijk op de juiste wijze wordt uitgevoerd.

Accreditaties zijn ontstaan nadat behoefte bleek aan het onderscheiden van 'goede' opleidingen en 'minder goede/slechte' opleidingen. In het reguliere

(*hoger*)beroepsonderwijs is het de 'Nederlands-Vlaamse AccreditatieOrganisatie' (NVAO) die de accreditaties verzorgt.

Tot op heden is het niet mogelijk onderwijs binnen het CAM-domein te laten accrediteren door hetzelfde accreditatie-orgaan als het onderwijs binnen het reguliere (*hoger*)beroepsonderwijs accrediteert: de NVAO. Deze (*wellicht onwettige*) onmogelijkheid staat verdere acceptatie en professionalisering in hoge mate in de weg.

Binnen het CAM-domein zijn, uit alle beschikbare accreditatiebureaus, zijn door de zorgverzekeraars 2 bureaus aangewezen/geaccepteerd als bureaus die onderwijs binnen het CAM-domein mogen waarderen.

De meest belangrijke daarin is 'Centrum voor Post Initieel Onderwijs Nederland' (CPION). Dit bureau accrediteert binnen het reguliere (*hoger*)beroepsonderwijs de zogenaamde 'particuliere opleidingen' (*dit zijn veelal de 'kweekvijvers voor reguliere opleidingen die ter zijner tijd een NVAO-accreditatie zullen aanvragen*) en universitaire opleidingen. Helaas staat momenteel CPION op het standpunt dat zij voorlopig geen (*nieuwe*) opleidingen binnen het CAM-domein accrediteren door het gebrek aan organisatie binnen het CAM-domein.

Het enige andere accreditatiebureau dat geaccepteerd wordt, is 'Stichting Nederlands Register voor Opleidingen' (SNRO). SNRO accrediteert niet alleen (beroeps)opleidingen maar ook cursussen en workshops op divers niveau. Hoewel het 'accrediteren' van onderwijs op alle niveaus in de basis is toe te juichen, ontstaat hierbij de situatie dat 'opleiders' schermen met hun behaalde 'accreditatie' en daarmee de suggestie wekken dat het DUS goed onderwijs is, geschikt om daarna als therapeut 'aan de slag' te gaan. Door deze insteek, is inmiddels de waarde van een accreditatie binnen het CAM-domein aanzienlijk terug gelopen.

4.3.2. Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zijn in die mate een belangrijke partij omdat zij eventuele vergoeding van facturen uit het CAM-domein aan cliënten verzorgen en omdat zij, juist vanwege die vergoeding, eisen (*zijn gaan*) stellen aan de therapeuten. De eis van de zorgverzekeraars ten aanzien van garanties rond veiligheid en kwaliteit zijn in eerste instantie neergelegd bij het CAM-domein en, bij uitblijven van reactie daarop, door de zorgverzekeraars zelf doorgevoerd.

Op dit moment ligt de eis bij het bezitten van een geaccrediteerd diploma MBK en/of PsBK volgens de PLATO-normen.

Vooruitkijkend mag verwacht worden dat de zorgverzekeraars met aanvullende eisen gaan komen. Ongetwijfeld ligt een eis ten aanzien van omvang van de (*beroeps*)opleidingen al gereed, waarbij het slechts de vraag is of direct om een beroepsopleiding op hbo-niveau van 240EC omvang zal worden gevraagd of dat een tussenstap zal worden gezet via een minimale opleidingsomvang van 180EC (*3-jarige beroepsopleiding*).

In het vergoedingssysteem zijn nog een aantal ongelijkheden opgenomen die wellicht, door het beter organiseren en professionaliseren van het CAM-domein, ondervangen kunnen worden.

Op dit moment worden bijvoorbeeld de facturen van complementair werkende (*huis*)artsen 100% vergoed vanuit de basisverzekering terwijl de facturen van therapeuten slechts deels worden vergoed vanuit de aanvullende pakketten. Aangezien de facturen van de verschillende paramedisch werkenden ook grotendeels (*en gedeeltelijk*) vergoed worden vanuit aanvullende pakketten, zal wellicht ook daarin, voor zover zij complementair werken (*denk bijvoorbeeld aan fysiotherapeuten die ook CAM-gebaseerde behandelingen aanbieden*) aanpassing zinvol zijn.

4.3.3. Patiënten Organisaties

Tot op heden hebben Patiënten Organisaties weinig tot geen invloed op het CAM-domein en worden deze zelden betrokken bij de verschillende ontwikkelingen. Het mag duidelijk zijn dat dit een slechte zaak is aangezien het juist de patiënten (*cliënten*) zijn die kiezen voor complementaire zorg waardoor zij de afnemers zijn van de diensten van de therapeuten.

Dat patiënten organisaties zo weinig betrokken zijn bij het CAM-domein ligt niet alleen aan die organisaties: vanuit het CAM-domein wordt te weinig gedaan om patiënten organisaties te informeren en zo mogelijk te betrekken bij ontwikkelingen.

4.3.4. Eerstelijnszorg

Hoewel op dit moment een, zich in positieve richting bewegende, tendens ontstaat waar het acceptatie van CAM-zorg door de eerstelijnszorg bestaat er ook nog veel weerstand binnen de eerstelijnszorg tegen CAM-zorg. Basis van die weerstand is vooral gelegen in onbekendheid van de eerstelijnszorg met de zorg die binnen het CAM-domein wordt aangeboden, de specifieke interventies, en de werkzaamheid/nuttig effect/waarde voor de cliënt van dit aanbod. In mindere mate komt de weerstand voort uit een vermeend gebrek aan EBP en wordt de PBE steeds meer geaccepteerd.

Daarnaast is, dankzij de nieuwe definitie van gezondheid, de patiënt regisseur van zijn eigen behandeling geworden. Dat betekent ook, dat deze patiënt de keuze kan maken voor reguliere, complementaire of gemengde behandeling waarbij de keuze van de patiënt leidend is en geen waarde oordeel wordt uitgesproken over de waarde (*noch de wetenschappelijke onderbouwing*) van de gezochte behandeling.

Daar waar de eerstelijnszorg (*bijvoorbeeld huisartsen*) open staan voor CAM-zorg ontstaat, zij het schoorvoetend, een vorm van samenwerking/doorverwijzing dat ten gunste van de patiënt uitgevoerd wordt. De resultaten van CAM-behandelingen en de testimonials van gebruikers/patiënten zullen steeds meer de deur richting eerstelijnszorg openen.

4.3.5. Overheid

Tot op heden houdt de overheid zich verre van het CAM-domein. Hoewel zij elke betrokkenheid/interactie uit de weg schijnt te gaan, mag helder zijn dat de overheid het CAM-domein nauwlettend observeert.

De laatste wetwijzigingen tonen dat mooi aan: therapeuten vallen hierdoor onder de Inspectie van Volksgezondheid en kunnen, wel of niet aangekondigd, door een inspecteur worden bezocht. Tevens heeft de inspecteur de mogelijkheid om strafmaatregelen op te leggen en zelfs therapeutische praktijken te sluiten.

Helaas heeft het zich afstandelijk houden door de overheid ook negatieve gevolgen. Daar waar binnen de reguliere zorg een aantal zaken worden geregeld door de overheid (*denk aan het BIG-register*), laat de overheid die taak voor het CAM-domein liggen en neemt zelf geen initiatieven. Daarmee is het CAM-domein genoodzaakt de ontwikkelingen zelf op te starten, hetgeen met alle belanghebbenden binnen dat domein geen eenvoudige taak is.

Ook op het gebied van onderwijs houdt de overheid zich verre van het CAM-domein. Daar waar regulier onderwijs onder de onderwijsinspectie valt, laat de overheid dat binnen het CAM-domein over aan het domein zelf (*met dezelfde beperkingen als ten aanzien van bijvoorbeeld de opzet van een register*). Als gevolg hiervan, kan een ieder onderwijs aanbieden en pretenderen dat dit op het vereiste niveau is ontwikkeld en wordt uitgevoerd waarbij het alleen nog van de accreditatiebureaus afhangt of dat middels accreditatie wordt bevestigd. Hoewel dat nog redelijk overeen komt met de werkwijze binnen het reguliere (*hoger*)beroepsopleiding zien we hier de beperking dat maar van 2 bureaus de accreditaties geaccepteerd worden.

4.4. Samenwerking/overleg Onderwijs – Beroepsuitoefening

Een onderdeel dat niet vergeten mag worden, is de samenwerking/overleg (*i.c. het gebrek daaraan*) tussen de Onderwijssector en de Beroepsuitoefeningssector binnen het CAM-domein.

Op dit moment is de situatie dat "Onderwijs" het onderwijs ontwikkelt op basis van de eigen invulling van de behoefte van patiënten en de wensen van de (*toekomstige*)therapeuten. Gelijkzeitig stelt de "Beroepsuitoefening" eisen aan de toetredende therapeuten.

Van enig overleg tussen deze twee sectoren is niet i.c. nauwelijks spraken: incidenteel wordt overleg gepleegd (*soms via beroepscommissies of in het kader van het noodzakelijke ter verkrijging van een accreditatie op hbo-niveau*) maar van structureel overleg is geen spraken.

Hierdoor is de situatie ontstaan dat onderwijs soms niet aansluit aan wat de afnemers (*de patiënten/cliënten*) zoeken of niet aansluit aan de eisen die beroepsgroepen aan hun leden stellen.

5. Conclusie

Uit het voorgaande mag helder worden dat het CAM-domein de afgelopen jaren aanzienlijk gegroeid is maar dat de benodigde regelingen ten aanzien van professionaliteit, kwaliteit en veiligheid, en daarmee de acceptatie, daarmee in het gedrang zijn gekomen.

De weinige groei die zichtbaar is ten aanzien van verbetering van het CAM-domein, komt niet uit het domein zelf maar is/wordt opgelegd door een van de belanghebbende partijen (*in deze de zorgverzekeraars*) terwijl de belangrijkste partij die hierin sturend zou moeten zijn (*uitvoering en ontwikkeling kan binnen het CAM-domein plaats vinden*), de overheid, zich op afstand houdt.

Een belangrijke facet in dit geheel (*gebrek aan acceptatie vanuit regulier onderwijs en reguliere zorg*) betreft de veelheid aan behandelmethoden/vakdisciplines/interventies. De arts Paul van Dijk heeft hierover ruim 27 jaar lang boeken gevuld (*'Geneeswijzen binnen Nederland'*) waarin ruim 404 'geneeswijzen' worden besproken en een in de vele duizenden lopend aantal daarvan afgeleide, min of meer zelfstandig uitgevoerde, interventies.

Daar waar de 'Europese Unie' (EU) een indeling hanteert in 6 'pilaren' (*Homeopathie, Natuurgeneeskunde, Oosterse geneeswijzen, Manuele behandelwijzen, Energetische therapie met daaraan toegevoegd de mengvorm Antroposofische behandelwijzen*), kent het CAM-domein een eindeloos en onoverzichtelijk aantal zichzelf als zelfstandig beschouwende disciplines.

Doordat op verschillende niveaus en door verschillende partijen (*bijvoorbeeld: NIBIG, RBCZ, CAT*) 'registers' worden opgezet met als doel therapeuten op onderling kenmerkende kwaliteiten in te schalen, en daarmee de acceptatie te verbeteren, ontstaat een nieuw woud binnen het CAM-domein.

De verschillende partijen hebben onderling geen overleg en gebruiken onderling onvergelykbare grootheden om de 'schalen' te onderscheiden waardoor een therapeut, afhankelijk van aansluiting bij een bepaalde groepering, in verschillende schalen ingedeeld kan worden.

Daarbij is geen van de inmiddels bekende 'registers' dusdanig opgezet dat deze wordt beheert door een onafhankelijke partij en daarmee enige waarde krijgt.

Opmerkelijk en interessant genoeg om nog te vermelden is het resultaat van een symposium in januari 2017, waar alle partijen (therapeuten, beroepsgroepen, koepels, opleiders, zorgverzekeraars en overheid) 'om de tafel zaten' en gezamenlijk tot de conclusie kwamen dat zij allen dezelfde doelen nastreefden en samenwerking tot meer/beter resultaat zou leiden. Ondanks een startmoment geïnitieerd door een aantal partijen om in overleg tot ontwikkelingen te komen, lijkt ook dat initiatief al weer te zijn doodgebloed.