

de natuurlijke kennisbron



Samenvatting

**Proeftuin
Integrative
Medicine**

Miek Jong
Lucy van de Vijver

LOUIS BOLK
I N S T I T U U T

© 2015 Louis Bolk Instituut

Samenvatting van publicatie:

Proeftuin Integrative Medicine

Dr. Miek Jong, Dr. Ir. Lucy van de Vijver

Eindredactie: Ir. Lidwien Daniels

Publicatienummer 2015-044 VG

7 pagina's

www.louisbolk.nl


info@louisbolk.nl

T 0343 523 860

F 0343 515 611

Hoofdstraat 24

3972 LA Driebergen

 @LouisBolk

Louis Bolk Instituut: onafhankelijk, internationaal kennisinstituut
ter bevordering van écht duurzame landbouw, voeding en gezondheid

SAMENVATTING

Integratie van complementaire en alternatieve behandelmethoden binnen de eerstelijnsgezondheidszorg: *Proeftuin Integrative Medicine*

Inleiding

Reguliere zorg en Complementaire en Alternatieve behandelingen (CAM)¹ worden door patiënten vaak gecombineerd gebruikt, zonder dat dit met de huisarts besproken wordt. Dit is een onwenselijke situatie, omdat CAM-behandelingen effecten (zowel voor- als nadelig) kunnen hebben op de reguliere behandeling. Daarom is het van belang dat de patiënt met vragen en ervaringen rond het gebruik van CAM terecht kan bij de huisarts. Vanuit het Patiënten Platform Complementaire Gezondheidszorg (PPCG) is daarom de vraag gesteld, hoe de integratie van CAM binnen de eerstelijnsgezondheidszorg ingevuld zou kunnen worden om aan de wens van patiënten tegemoet te komen.

Het project *Proeftuin Integrative Medicine* heeft als hoofddoel om vanuit het perspectief van patiënten een bijdrage te leveren aan een duurzame eerstelijns gezondheidszorg, waar complementaire behandelwijzen een geïntegreerd onderdeel van uitmaken. Daardoor verbetert de kwaliteit van de zorg en wordt de keuzevrijheid van chronische patiënten groter. Onderzoekers van het Louis Bolk Instituut, het van Praag instituut en Zorgbelang Groningen hebben in de periode 2011-2015 dit project uitgevoerd. Het project is financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS (via Fonds PGO) en Menzis.

Opbouw

Het project is opgebouwd uit vier opeenvolgende fases, waarbij resultaten van de voorgaande fase meegenomen zijn.

- Fase 1: Inventarisatie: In deze fase wordt nagegaan wat patiënten aan CAM-middelen gebruiken en hoe zij denken over een integratie van CAM in de reguliere zorg.
- Fase 2: Ontwikkeling van een zorgmodel: Hoe kan een integratie van CAM binnen de reguliere eerstelijnszorg vorm krijgen?
- Fase 3: Opzet van een proeftuin: In een gecontroleerde gerandomiseerde studie is het zorgmodel in de praktijk getoetst
- Fase 4. Evaluatie en communicatie: Aanbevelingen en communicatie rondom de projectresultaten

Fase 1

Methode Bij een representatieve groep volwassenen met chronische gewrichtsklachten is door middel van een online-enquête een inventarisatie gemaakt naar het gebruik van CAM, is de houding van patiënten ten opzichte van CAM gemeten en is gecheckt of men erover praat met de huisarts. Verder is er gebruik gemaakt van een e-panel met vragen over gezondheidskwesties en is een focusgroep samengekomen waarin vier verschillende vragen centraal stonden: 1) Welke gezondheidseffecten heeft u ervaren met CAM? 2) Hoe communiceert u met uw huisarts over CAM-gebruik? 3) Hoe ziet u de rol van uw huisarts wat betreft CAM? 4) Welke obstakels komt u tegen in het gebruik van CAM?

¹ CAM bestaat uit een groep van diverse medische- en gezondheidssystemen, toepassingen en producten die over het algemeen geen deel uitmaken van de reguliere gezondheidszorg. Voorbeelden zijn acupunctuur, homeopathie, kruiden- en voedingssupplementen

Resultaten In totaal hebben 416 patiënten gereageerd op de enquête, waarvan 51% leed aan artrose, 29% aan reumatoïde artritis en 24% aan fibromyalgie. Van deze mensen maakte 86% al gebruik van CAM en 71% van hen bezocht een CAM-behandelaar. Manuele therapie, acupunctuur en homeopathie werden het meest ingezet. Slechts 30% van de respondenten bleek dit actief besproken te hebben met de eigen huisarts. Verder is gebleken dat 92% van de patiënten wenst dat de huisarts het initiatief neemt om hen te informeren over de mogelijkheid van complementaire behandelwijzen. 70% wil graag een huisarts die ook doorverwijst naar CAM en 42% ziet graag dat de huisarts samenwerkt met CAM-behandelaars. De voornaamste redenen voor het gebruik van CAM zijn 'het vertrouwen in de integrale aanpak', 'goede verhalen over complementaire behandelwijzen' en 'de wens om een behandeling te krijgen vanuit een andere kijk op gezondheid'. Patiënten verwachten het 'beste uit twee werelden' te krijgen als de huisarts een geïntegreerde benadering volgt. Ze blijken positief tegenover een integrale aanpak van reguliere geneeskunde en CAM te staan en geven de voorkeur aan een huisarts die luistert, informeert, coacht en doorverwijst en samenwerkt met CAM-behandelaars. In de praktijk betekent dit dat er beter aan de wens van de patiënt kan worden voldaan als de huisarts actief communiceert over CAM en naar CAM-behandelaars doorverwijst.

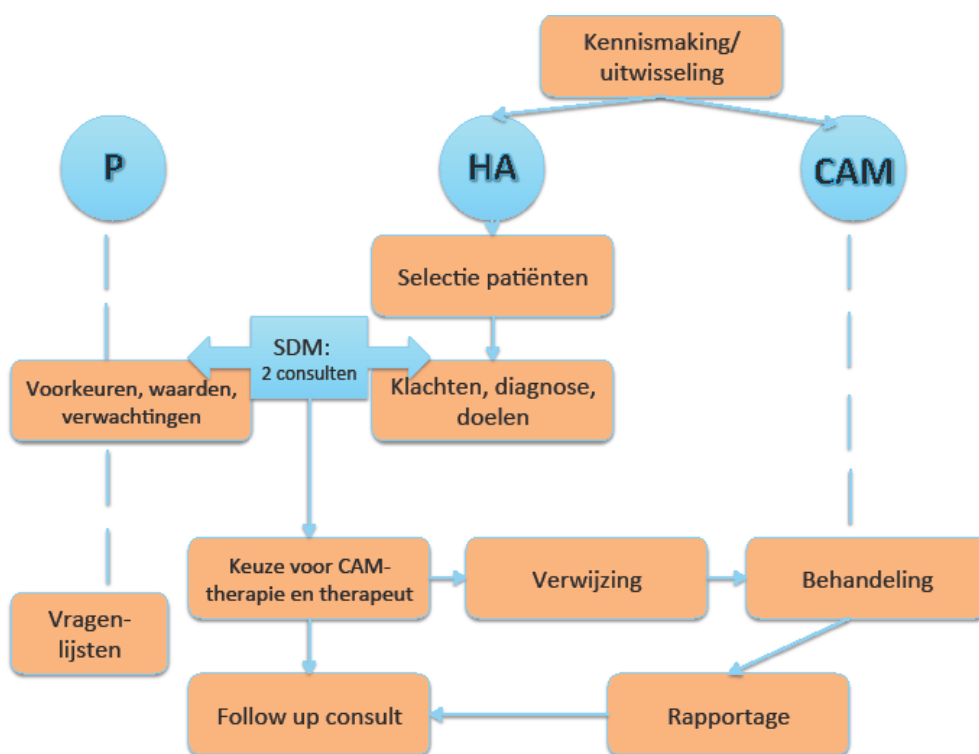
De resultaten van het e-panel en de focusgroep kwamen overeen met de uitkomst van de enquête. In de focus groep benadrukten alle patiënten dat een CAM-behandeling heel persoonlijk is. Verder wil men serieus genomen worden door de huisarts en zien ze een rol voor henzelf in een primaire zorgmodel waarin CAM is geïntegreerd; de patiënt ziet de huisarts graag in de rol van coach en vindt het belangrijk dat ze in samenspraak beslissingen over mogelijke behandelingen nemen.

Fase 2

In fase 2 is voortgebouwd op de wens van patiënten voor een integrale aanpak en een coachende rol van de huisarts. Het doel van deze fase is om een zorgmodel voor de integratie van CAM in de eerstelijns gezondheidszorg te ontwikkelen, samen met patiënten die lijden aan chronische (gewrichts-) pijn.

Methodie Voor de ontwikkeling van het model is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, interviews met sleutelpersonen, focusgroepen en consensusbijeenkomsten met de verschillende doelgroepen (patiënten, huisartsen, CAM-behandelaars, zorgverzekeraars en andere betrokkenen).

Resultaten Op basis van de verschillende methoden en de wensen van de verschillende doelgroepen is voor een pragmatisch zorgmodel gekozen. Hierin is het concept van gedeelde besluitvorming de basis voor het gesprek tussen patiënten en huisartsen over CAM-gebruik en een bepaalde CAM-behandeling. Om tot een goede besluitvorming (Shared Decision Making (SDM)) te komen is er behoefte aan betrouwbare informatie over de inhoud en effectiviteit van een CAM-behandeling. Informatie uit wetenschappelijke literatuur (evidence based), informatie van de behandelaars zelf, praktijkervaring, en een zogenoemde "sociale" kaart (een overzicht van CAM-behandelaars die op kwaliteitscriteria geselecteerd zijn), ondersteunen de huisarts en de patiënt bij het maken van een keuze. De huisarts verwijst door naar een van de vijf CAM- therapieën (acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeskunde, osteopathie of Tai Chi) en na de behandeling rapporteert de CAM- beoefenaar het resultaat van de behandeling aan de huisarts. Deze evalueert de behandeling met de patiënt tijdens een consult.



Schematisch figuur van ontwikkelde zorgmodel
 P=patiënt, HA=huisarts, CAM=Complementair behandelaar
 SDM is shared decision making

Fase 3

In fase 3 is het zorgmodel uit fase 2 in de praktijk getest in een gerandomiseerde gecontroleerde studie. In deze studie is het integrale zorgmodel vergeleken met de gebruikelijke eerstelijnsgezondheidszorg voor patiënten met chronische (gewrichts-)klachten.

Methodie Via 13 huisartsenpraktijken zijn deelnemers geworven met chronische (gewrichts-) klachten. Deelnemers werden willekeurig verdeeld over de interventiegroep en de controlegroep. In de interventiegroep werd de patiënt uitgenodigd om tijdens een consult het gebruik van CAM te bespreken en een keuze te maken voor een doorverwijzing naar een CAM-therapie. Huisartsen konden patiënten verwijzen naar één van de vijf CAM-therapieën: acupunctuur, Tai-Chi, osteopathie, homeopathie en natuurgeneeskunde. In het kader van het onderzoek werden 5 sessies van de CAM-behandeling door de zorgverzekeraar vergoed. In de controlegroep vervolgden de patiënten de zorg zoals ze die al kregen, er werd niets extra's gedaan.

De deelnemers van de beide onderzoeksgroepen vulden maandelijks een korte vragenlijst in naar het gebruik van medicatie, zorg en ervaring van pijn. Bij aanvang en 3, 6 en 12 maanden na de start van de behandeling werd een uitgebreide vragenlijst ingevuld. Het belangrijkste uitkomstmaat na 12 maanden was de verandering in kwaliteit van leven (gemeten met de SF-36 vragenlijst). Andere uitkomsten waren pijn (PRP-vragenlijst), vermoeidheid (MFI-vragenlijst), tevredenheid van de patiënt met betrekking tot zijn behandelaar en het gebruik van pijnstillers. Voor de statistische analyse is gebruik gemaakt van de repeated measures GLM (analyse voor herhaalde metingen). Bij de analyses is gecorrigeerd voor ontbrekende data (missings, als iemand een maand de lijst niet had ingevuld) en met mogelijke versturende variabelen zoals het verschil in percentage mannen en vrouwen in de twee onderzoeksgroepen.

Resultaten Tweehonderdvijftien deelnemers hebben zich aangemeld voor mogelijke deelname aan de studie. De gevraagde tijdsinvestering en het feit dat de deelnemers willekeurig worden ingedeeld in de controle- of de interventiegroep heeft tot gevolg gehad dat meer dan de helft van de geïnteresseerde patiënten bij nader inzien afzag van deelname. In totaal zijn 98 patiënten met chronische (gewricht-)klachten via loting verdeeld over de twee onderzoeksgroepen (50 in de interventiegroep en 48 in de controlegroep). De beide groepen waren vergelijkbaar wat betreft demografische gegevens (leeftijd en geslacht) en klachten (lage rugpijn (40%), osteoartritis (28%), nekpijn (18%)). Van 88 deelnemers was voldoende informatie bekend om ze mee te nemen in de statistische analyses. Van de interventiegroep had na overleg met de huisarts 57% gekozen voor acupunctuur.

In de 12 maanden dat de deelnemers worden gevolgd zien we zowel in de interventiegroep als in de controlegroep veranderingen optreden. Voor het onderdeel fysieke rolbeperking (SF36-kwaliteit van leven vragenlijst), waarin gemeten wordt in hoeverre men bij de dagelijkse activiteiten of het werk beperkt wordt door lichamelijke klachten, zagen we in beide groepen een verbetering over de tijd, in de interventiegroep was deze verbeteringen veel groter (statistisch significant: $p = 0,039$). Dit was ook zo voor het onderdeel vitaliteit ($p = 0,049$). Verder zien we in de interventiegroep ook een lager gebruik van pijnmedicatie ($p = 0,032$) na 1 jaar in vergelijking met de controlegroep. Ook op andere aspecten werden verbeteringen gezien in de interventiegroep, maar deze waren niet consistent en significant op alle tijdstippen.

Uit een kwalitatieve evaluatie van het zorgmodel (middels focusgroepen en interviews) bleek dat het zorgmodel in de dagelijkse huisartsenpraktijk anders werd uitgevoerd dan voorzien in het model uit fase 2. In het integrale zorgmodel was bijvoorbeeld voorzien dat patiënten twee keer bij de huisarts voor consult zouden komen om tot een keuze voor een CAM-therapie te komen; de eerste keer om hen te informeren over de verschillende CAM-therapieën en de tweede keer om tot een beslissing voor doorverwijzing te komen. In de praktijk bleek dat in de meeste gevallen de keuze voor doorverwijzing naar een specifieke behandelaar al in het eerste consult werd genomen. Daarnaast bleek de communicatie tussen de huisarts en CAM-behandelaar in de praktijk nog niet optimaal te verlopen.

Conclusies Uit deze studie kan geconcludeerd worden dat patiënten met chronische (gewrichts-) klachten baat kunnen hebben bij een integraal zorgmodel. Het wordt aanbevolen om het ontwikkelde zorgmodel breder te implementeren. Het voorziet in een duidelijke behoefte van patiënten, en draagt bij aan het bespreken en veilig toepassen van CAM-therapieën.

Fase 4

Bij de presentatie van de onderzoeksresultaten eind september 2015 zijn afgevaardigden van de gehele zorgketen, patiënten, huisartsen, CAM-behandelaren en zorgverzekeraars uitgenodigd. Onder leiding van de onderzoekers van het Louis Bolk Instituut, het van Praag instituut en Zorgbelang Groningen zijn aanbevelingen geformuleerd om tot een betere geïntegreerde zorg in Nederland te komen.

Aanbevelingen Zo pleitten zij voor meer samenwerking tussen complementair en regulier werkende medische professionals. Ook bijscholing is een aandachtspunt: zowel voor huisartsen, zodat zij vertrouwd raken met complementaire geneeswijzen, als voor complementair behandelaren, zodat zij behandelresultaten beter terugkoppelen aan de huisarts. Ook initiatieven als “Meet & Greet” voor huisartsen en CAM-behandelaren in een bepaalde regio, kunnen de samenwerking bevorderen. Tot slot werd er gepleit voor het lanceren van een website met heldere objectieve informatie over CAM, zowel voor patiënten als huisartsen.

Publicaties

De resultaten van de verschillende fases van het onderzoek zullen uitgebreid worden beschreven in wetenschappelijke publicaties. De resultaten van de eerste fase van het onderzoek zijn gepubliceerd in:

*Jong, M.C., L.P.L. van de Vijver, M. Busch, J. Fritsma, R. Seldenrijk. 2012. **Integration of complementary and alternative medicine in primary care: what do patients want?** Patient Education and Counseling. 89(3):417-422.*

Voor het ontwikkelen van het integrale zorgmodel en de interventiestudie zullen 2 publicaties worden geschreven , die naar verwachting in 2016 zullen worden gepubliceerd. Publicaties worden via de website van het Louis Bolk Instituut kenbaar gemaakt.