# De attitude van eerstelijns artsen t.o.v. complementaire en alternatieve geneeskunde

Gijbels Mathijs, Universiteit Antwerpen

Promotor: Kris Van den Broeck, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2021 – 2022]

*Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.*

*Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.*

## Dankwoord

In dit dankwoord wens ik enkele personen te bedanken die een bijzondere bijdrage leverden tijdens de totstandkoming van deze masterproef.

Als eerste wens ik Kris Van den Broeck te bedanken. Zijn goede begeleiding, oprechte feedback en vlotte communicatie zorgden voor een aangename samenwerking.

Ook wens ik alle artsen te bedankten voor hun tijd en moeite bij de deelname aan dit onderzoek.

Als laatste bedankt ik mijn familie voor de jarenlange steun tijdens mijn opleiding. In het bijzonder bedank ik hierbij mijn vriendin voor de geboden ondersteuning tijdens het schrijven van dit werk.

**Abstract**

Patiënten wenden zich in de praktijk regelmatig tot complementaire en alternatieve geneeskunde, omwille van verschillende redenen (bv. slechte ervaringen diagnosestelling en behandeling; goede ervaringen met complementaire en alternatieve geneeskunde). De huisarts wordt hier hoe dan ook mee geconfronteerd in zijn/haar werkzaamheden.

Onderzoeksvraag literatuuronderzoek

"Attitudes ten opzichte van complementaire en alternatieve geneeskunde van eerstelijnsartsen en artsen in opleiding?"

Onderzoekvraag veldwerk

"Wat is de attitude van eerstelijns artsen t.o.v. complementaire en alternatieve geneeskunde?"

Doelstelling

Meer informatie verzamelen over het gebruik van complementaire en alternatieve geneeskunde en hoe huisartsen hiermee omgaan.

Uitkomst

Het onderwerp alternatieve en complementaire geneeskunde bespreekbaar maken onder professionals en bekijken vanuit een wetenschappelijk en maatschappelijk standpunt.

Methode

De studiepopulatie is Vlaamse huisartsen (in opleiding). Het onderzoek verliep getrapt. In een eerste fase werd via een online bevraging bij huisartsen data verzameld. De bevraging werd opgesteld in Qualtrics en verspreid via Twitter, email, Facebook en een artsenkrant.

De tweede fase bestond uit semigestructureerde interviews. Respondenten konden aan het einde van de online vragenlijst aangeven of ze geïnteresseerd waren om deel te nemen aan dit bijkomend diepte-interview.

**Resultaten.**

- CAG heeft zeker een plaats in de eerste lijn, maar eerder aanvullend en nooit op zichzelf staand
- CAG is als begrip niet nauw genoeg gedefinieerd
- Klantvriendelijkheid primeert bij artsen i.p.v. patiëntvriendelijkheid. Daarnaast blijkt er onduidelijkheid over de impact van het placebo-effect tijdens het behandelingsproces met CAG
- *Health literacy* van patiënten speelt een belangrijke rol in gebruik van CAG.
- Er zijn grote verschillen in meningen en opvattingen over CAG onder artsen onderling. Ook voor wat betreft de kennis over CAG zijn er grote verschillen.

- CAG heeft een plaats bij bepaalde ziektebeelden (CVS, fibromyalgie)
- CAG heeft een plaats bij bepaalde persoonlijkheidsprofielen (angstig, onzeker, afhankelijk). Toch is er voorlopig geen consensus over een volledig patiëntprofiel.

Conclusie

Dit onderzoek geeft een eerste inzicht in de attitude van artsen t.o.v. CAG en een aanzet tot verder onderzoek naar de plaats van CAG in de eerste lijn in Vlaanderen.

## Inhoudsopgave

**1. Inleiding** 5
**2. Literatuurstudie** 5
2.1. Onderzoeksvraag 5
2.2. Methode 5
2.3. Bespreking literatuurstudie 6
2.4. Conclusie literatuuroverzicht 9
**3. Veldwerk** 10
3.1. Onderzoeksvraag 10
3.2. Algemeen opzet studie 10
1. Studiepopulatie 11
2. Rekrutering en ethische aspecten 11
3.3. Data-analyse 11
3.4. Resultaten 11
3.4.1. Respons 11
3.4.2. Online Vragenlijst 12
1. Demografische gegevens van respondenten 12
2. Inschatting van gebruik complementaire en alternatieve geneeskunde. 12
3. Eigen mening en ervaringen omtrent complementaire en alternatieve geneeskunde 13
4. Adviezen en voorschrijfgedrag 13
5. Nut van complementaire en alternatieve methodes in specifieke zorgsituaties of bij specifieke ziektebeelden. 14
6. Kennis en (bij)scholing 14
7. Eigen gebruik 15
3.4.3. Semigestructureerde interviews 16
1. Definitie van Complementaire en Alternatieve Geneeskunde (CAG) volgens eerstelijnsartsen. 16
2. Plaats van CAG in de eerste lijn. 18
3. Is er een actieve vraag van patiënten naar CAG methodes? 20
4. Voorschrijfgedrag 24
5. Implementatie van CAG in hun dagdagelijkse praktijk. 24
6. Research naar verschillende CAG-methodes 26
7. De plaats van CAG bij psychiatrische problematiek 28
8. Plaats van CAG bij kankerbehandeling zowel in curatieve al palliatieve fase. 31
9. Profiel van patiënten die vragen naar CAG. 33
10. Trends 36
**4. Discussie** 38
4.1. Samenvatting belangrijkste bevindingen 38
4.2. Resultaten afgezet tegenover bestaande literatuur 39
4.3. Sterktes en zwakten 40
1. Sterktes 40
2. Zwakten 40

4.4. Suggesties voor verder onderzoek 40
4.5. Conclusie 41

Bijlage 1: Literatuurlijst 42
Bijlage 2: Goedgekeurd protocol
Bijlage 3: Goedkeuring Ethisch Comité
Bijlage 4: Plagiaatcontrole

## 1. Inleiding

Patiënten wenden zich in de praktijk regelmatig tot complementaire en alternatieve geneeskunde, omwille van verschillende redenen (bv. slechte ervaringen diagnosestelling en behandeling, goede ervaringen met complementaire en alternatieve geneeskunde). De huisarts wordt hier hoe dan ook mee geconfronteerd in zijn/haar werkzaamheden. Het is dus een realiteit, ondanks de beperkte onderzoeksevidentie. In deze studie willen we daarom nagaan hoe huisartsen die realiteit inschatten en beleven.

De literatuurstudie dient om een algemeen overzicht te tonen over de attitude van eerstelijnsartsen ten opzichte van complementaire en alternatieve geneeskunde (CAG). Globaal gezien is er vanuit de eerste lijn zeker interesse in het gebruik van en vertrouwen in CAG. Wel is er enige discrepantie tussen de kennis over CAG en het vertrouwen om het aan eigen patiënten voor te stellen.

In deze studie werd vooral gepeild naar de attitude van Vlaamse eerstelijnsartsen t.o.v. CAG en de toepassing ervan. Aan de hand van een online vragenlijst en semigestructureerde interviews werd dit in kaart gebracht.

Sinds de jaren ’80 van vorige eeuw is het onderzoek naar CAG exponentieel toegenomen. Dit weerspiegelt de toegenomen interesse in de materie en de wil om een wetenschappelijk onderbouwd kader (in de vorm van een richtlijn bv.) te bieden voor het gebruik van CAG. Op dit moment is het gebrek aan dit kader en het gebrek aan wetenschappelijk bewijs het grote probleem voor de verdere evolutie van CAG.

## 2. Literatuurstudie

### 2.1. Onderzoeksvraag

“Attitudes ten opzichte van complementaire en alternatieve geneeskunde van eerstelijnsartsen en artsen in opleiding?”

### 2.2. Methode ‘

Onderstaande zoekopdracht werd samengesteld uit de belangrijkste termen van de onderzoeksvraag. Op 12/5/2021 leverde de zoekopdracht in PUBMED 109 artikels op. Op basis van abstract werden er 13 artikels inhoudelijk relevant geacht. Na het lezen van de *full-text* werden 10 artikels weerhouden die voldoende kwalitatief waren.

Zoekopdracht:

- (((((CAM) AND (complementary and alternative medicine)) AND (family medicine)) AND (treatment))
- Filters: Free full text en 'in the last 10 years'.

Geraadpleegde databanken:

- PUBMED

Exclusiecriteria:

- Literatuur van voor 2011
- Alle anderstalige studies behalve Engels of Nederlandstalige studies.

Aantal artikels:

- Na invoeren zoektermen in databank: 109
- Na screening van abstract: 13
- Bruikbaar na lezing van *full-text*: 10

### 2.3. Bespreking literatuurstudie

Globaal gezien komen de meeste onderzoekers tot de conclusie dat de interesse van de eerstelijnsartsen (7 studies) en laatstejaars geneeskunde studenten (2 studies) groot is t.a.v. CAG. CAG lijkt voornamelijk toegepast te worden bij de laatste fasen van het leven (palliatieve setting) en bij therapeutisch 'onbesliste' situaties.

Ostermaier et al. voerde reeds een kwalitatief onderzoek uit bij Duitse huisartsen a.d.h.v. semigestructureerde interviews. De conclusie hier suggereerde dat Duitse huisartsen CAG reeds integreren in hun dagdagelijkse praktijk zonder veel innerlijke conflicten met hun professionele ideeën en opleiding. De onderzoekers geven anderzijds ook aan dat er grote verschillen zijn tussen landen en werelddelen en dat internationale samenwerking nodig is om in de toekomst CAG in eerste lijn verder te onderzoeken. (1)

Een andere studie enkele jaren later van Ostermaier et al. beschreef dat *watchfull waiting*, geruststelling en empathische conversaties soms niet toereikend waren om om te gaan met therapeutisch 'indifferente' situaties d.w.z. situaties waar medicatie of andere behandelingsopties niet direct nodig geacht worden door de arts zelf. In dit soort situaties werd CAG vaak aangewend als oplossing voor deze problemen. Het verschil tussen de artsen was dat sommige artsen effectief geloofden in de door hun ingestelde CAG-behandeling, terwijl anderen er eerder vanuit gingen dat het placebo-effect zijn werk deed. Het feit dat CAG in dit soort situaties wordt aangewend is voornamelijk omdat artsen zich verantwoordelijk voelden om een oplossing aan te bieden voor hun patiënten. Hoe regelmatiger artsen CAG aanwenden, hoe meer hun patiëntenpopulatie zich hiernaar schikte d.w.z. dat ze meer te maken kregen met therapeutisch 'indifferente' consulten. De inhoud van deze consulten ging meestal over kleine 'kwaaltjes' of medisch onverklaarbare symptomen. In deze studie wordt ook

aangegeven dat de discrepantie tussen symptomen van de patiënt en biomedische verklaringsmodellen soms erg groot is. Vooral in die situaties grijpen huisartsen meer naar CAG. De medische wetenschap is niet altijd afgestemd op de behoeften van de patiënt. Met dit gegeven hadden de geïnterviewde huisartsen de meeste moeite. (2)

Een Canadese studie van Gaboury et al. onderzoekt of artsen denken dat ze aan de voorwaarden van *Collège du médecins du Québec* (CMQ) omtrent het gebruik van CAG voldoen. Ook in deze studie wordt het regelmatige gebruik van CAG in routine praktijk opnieuw bevestigd. In deze studie geeft ongeveer 4 op 5 artsen aan over genoeg kennis en verantwoordelijkheid te beschikken i.v.m. het gebruik van CAG, maar minder dan de helft gelooft dat ze hun patiënten op een adequate manier kunnen adviseren (door gebrek aan ervaring i.v.m. adviseren in CAG-methodes). CMQ adviseert artsen om het simultaan gebruik van CAG en klassieke medicatie te bespreken met hun patiënten en hen te wijzen op eventuele (onbekende) interacties. Sommige artsen gaven aan hier moeite mee te hebben of gingen het onderwerp zelfs helemaal uit de weg. Dit zou te wijten zijn aan het ontbreken van of moeilijk vinden van *evidence-based* richtlijnen en opleidingen betreffende CAG. De studie suggereert dat een soort CAG-opleiding geïntegreerd zou kunnen worden in de opleiding tot huisarts. (3)

In een nationale Amerikaanse studie van Gardiner et al. werd de attitude van verantwoordelijke artsen van de faculteit huisartsgeneeskunde onderzocht t.a.v CAM/*integrative medicine* (IM). Meer dan de helft (58%) van deze artsen vonden dat CAM/IM een belangrijk deel vormde van de opleiding tot eerstelijnsarts. Een ongeveer even groot deel gaf aan dat er geen specifieke leerdoelen betreffende CAM/IM in het curriculum stonden. Er zijn verschillende grote domeinen van CAM die niet mee geïntegreerd waren in het curriculum, waar men dit wel zou verwachten gezien de groeiende evidentie. 31% van de curricula bevatten geen *mind-body* technieken zoals *mindfulness* of meditatie. Het formuleren van specifieke leerdoelen zou een goede eerste stap zijn in de verdere ontwikkeling van de kennis van huisartsen omtrent CAG/IM. De grootste struikelblokken hierbij zijn het vinden van personeel dat voldoende bekwaam is om dit te onderwijzen en tijd vinden in het al zo drukke schema van artsen in opleiding. Het benoemen van deze struikelblokken is een eerste stap in de richting van een meer holistische geneeskundige opleiding. (4)

Een andere Duitse studie van Muecke et al. vergelijkt de attitudes van professionals (in deze studie artsen en verpleging) met die van patiënten t.a.v. CAM in een palliatieve setting. Acceptatie van CAM is zowel bij artsen als verpleging hoog. Ook bij patiënten is er een grote interesse in het gebruik ervan. Zowel patiënten als professionals zijn ervan overtuigd dat CAM een positief effect kan hebben in het proces van palliatieve zorg. Toch merken ze in hun onderzoek meer twijfel bij patiënten dan bij artsen of verpleging (48% van de patiënten zijn volledig akkoord met het positieve effect van CAG in een palliatieve setting in tegenstelling tot 72% bij de artsen en 91% bij de verpleging). De vergelijking tussen aanbevelingen van de professionals en het effectieve gebruik van de patiënten toont opmerkelijke verschillen. Professionals

geven eerder de voorkeur aan *mind-body* gerichte technieken zoals yoga, meditatie of relaxatietherapie, terwijl patiënten eerder de voorkeur geven aan biologische gebaseerde CAG, zoals op kruiden gebaseerde medicatie. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat artsen deze medicatie als een extra last zien voor de patiënt. De onderzoekers geven aan dat er nood is aan een *evidence-based* kader omtrent CAG in een palliatieve setting. (5)

In 2017 publiceerde het KCE nog een mooi onderzoek in het kader van '*End of life Care'*. In deze studie zien we ook dat alternatieve en complementaire geneeskunde een plaats heeft in de palliatieve behandeling (van voornamelijk kankerpatiënten) met de nadruk op het symptoomverlichtend karakter van de therapieën. De onderzoeksevidentie hieromtrent is nog minimaal en dient verder onderzocht te worden. (10)

In een Saoedi-Arabische studie van Albedah et al. wordt de kennis en attitude over CAM van artsen onderzocht. Het werd duidelijk in deze studie dat patiënten het moeilijk hadden om aan hun artsen toe te geven dat ze gebruik maakten van CAG. Wel praat 4 op de 5 artsen met hun patiënten over CAG. Verder werd duidelijk dat chirurgen minder bekend waren met CAG dan andere clinici. Ook het verschil van werkomgeving was een opmerkelijke factor in het verschil van attitude. Artsen werkzaam in een ziekenhuis waren meer geneigd om tegen het gebruik van CAG te zijn, dit in tegenstelling tot hun collega artsen die werken in de eerste lijn of in een eigen privépraktijk. Ongeveer één op drie van de artsen heeft zijn kennis over CAG opgedaan tijdens zijn tijd op de universiteit. Dit toont opnieuw de afwezigheid aan van een duidelijk leerplan van CAG in de universiteitscurricula. Op dit moment spelen het internet, tekstboeken en specifieke bijscholingen de belangrijkste rol in hoe artsen hun kennis opdoen over CAG. (6)

Verder zijn er nog enkele andere studies die attitude van laatstejaars geneeskunde studenten tegenover CAG nagaan. Deze resultaten zijn relevant voor deze literatuurstudie gezien deze studenten relatief snel in het werkveld terecht komen en de toekomst van de geneeskunde zijn. Het betreft een Turkse studie van Akan et al. Hun onderzoek toont aan dat studenten globaal gezien zeer positief staan tegenover CAG en het gebruik ervan in de praktijk. Ze toonden ook de nodige flexibiliteit om CAG te integreren in of te gebruiken als *add-on* therapie in de reeds bestaande zorgprotocollen. Natuurlijk was er, zoals het hoort in de wetenschap, de nodige twijfel over de effectiviteit van CAG. Deze twijfel kwam voort uit het feit dat er nog weinig geweten is over de effectiviteit en *evidence-based* toepassing van verschillende CAM-methodes. (7)

In een andere Saoedi-Arabische studie van Alzahrani et al. kwam aan het licht dat studenten ondanks hun gebrekkige kennis omtrent CAG toch geïnteresseerd waren om bij te leren over de verschillende soorten CAG. Studenten gaven wel aan dat als CAG gekozen werd als behandeloptie, deze methode *evidence-based* moest zijn (en laat daar nu vaak het schoentje knellen). Ook later in hun professionele carrière kon het verwijzen naar exclusief CAG-artsen (homeopaten, acupuncturisten, osteopaten,

chiropractors) op minder enthousiasme rekenen bij de bevraagde studenten. Verder was er weinig geloof in de duurzame effecten van bepaalde CAG-methodes (kruidentherapie, massage, spirituele genezing). Ze vonden het vooral belangrijk dat artsen (en in de toekomst zijzelf) aandacht hadden voor CAG-gebruik bij hun patiënten.(8)

In een Australische studie van Wardle et al. werd het verwijzingsgedrag naar massagetherapie onderzocht. Hieruit werd duidelijk dat huisartsen die afgestudeerd waren aan een Australische universiteit zichtbaar meer (tweemaal zoveel) verwezen naar massage als behandeloptie dan hun niet-Australische collega's. Aan de andere kant hadden hun niet-Australische collega's (voornamelijk Britse artsen werkzaam in Australië) meer voorkeur voor homeopathie, terwijl hun Australische collega's hier dan weer minder van overtuigd waren. Dit toont een duidelijk attitude verschil tussen huisartsen van verschillende landen en het relativeert ook de waarde van studies uit Saudi-Arabië en Turkije voor onze contreien. Verder onderzoek moet zeker nog plaatsvinden om deze verschillen in attitude t.a.v. verschillende CAG-methodes duidelijk te maken.

Ook suggereerde deze laatste studie dat artsen in landelijke gebieden sneller en vaker verwezen naar massagetherapie als behandelopties dan hun collega's in meer stedelijke gebieden. De onderzoekers wijten dit aan het feit dat er in de stedelijke gebieden meer conventionele therapieën voor handen zijn. De onderzoekers vermoeden ook een andere *mindset* bij de patiënten in landelijke gebieden. Zij zouden meer geneigd zijn om hun gezondheid holistisch te benaderen en meer vertrouwen op empirisch en proefondervindelijk bewijs.(9)

### 2.4. Conclusie literatuuroverzicht

Dit literatuuroverzicht geeft verschillende invalshoeken uit verschillende landen weer. Globaal gezien lijkt de attitude t.a.v. van CAG bij eerstelijnsartsen overal ter wereld relatief positief. Daarnaast wordt wel duidelijk dat artsen de eigen kennis niet overal toereikend inschatten. Uit dit overzicht blijkt ook dat er per land toch verschillende meningen waren t.a.v. verschillende vormen van CAG. Er is duidelijk nood aan verder onderzoek om een wetenschappelijk en toepasbaar kader te maken voor CAG. Laat dit nu net de paradox zijn waar CAG zich in bevindt. Het feit dat een bepaalde therapie toebehoort aan de CAG-groep is net omdat er te weinig wetenschappelijk gestaafd bewijs voor te vinden is.

Ik hoop met mijn eigen onderzoek een beter beeld te scheppen over de meningen en aannames van de Vlaamse huisartsen en huisartsen in opleiding om zo een stap te zetten in de richting van een meer holistische benadering van de eerstelijnsgeneeskunde. In Vlaanderen is de situatie nog niet verder in kaart gebracht. Deze studie is een eerste opstap naar de uitbreiding van onderzoek naar CAG in de eerste lijn.

# 3. Veldwerk

## 3.1. Onderzoeksvraag

“Wat is de attitude van eerstelijns artsen t.o.v. complementaire en alternatieve geneeskunde?”

Doelstelling

Meer informatie verzamelen over het gebruik van complementaire en alternatieve geneeskunde en hoe huisartsen hiermee omgaan.

Uitkomst

Het onderwerp alternatieve en complementaire geneeskunde bespreekbaar maken onder professionals en bekijken vanuit een wetenschappelijk en maatschappelijk standpunt.

## 3.2. Algemeen opzet studie

De studiepopulatie is Vlaamse huisartsen (in opleiding). De inclusie of exclusiecriteria waren minimaal met als doel een zo breed mogelijke waaier aan ervaringen en attitudes bij huisartsen te documenteren. Zowel haio’s als actieve of gepensioneerde huisartsen kwamen in aanmerking.

Het onderzoek verliep getrapt. In een eerste fase werd via een online bevraging bij huisartsen data verzameld. De bevraging (zie bijlage 2) werd opgesteld in Qualtrics en verspreid via Twitter, email, Facebook en Artsenkrant (weekblad) over heel Vlaanderen. De vragenlijst werd aangevat nadat de respondent geïnformeerde toestemming gaf. Na een korte demografische vragenlijst werd er gepeild naar ervaringen en eventuele toepassingen rond Complementaire en Alternatieve Geneeskunde (CAG), niet zozeer de kennis ervan.

De tweede fase bestond uit semigestructureerde interviews. Respondenten konden aan het einde van de vragenlijst aangeven of ze geïnteresseerd waren om deel te nemen aan een bijkomend diepte-interview. Wie instemde werd naar een andere vragenlijst gestuurd alwaar contactgegevens konden worden ingegeven. Dit opzet garandeerde anonimiteit van antwoorden bij de eerste vragenlijst. We kozen voor deze aanpak omdat via de online bevraging meer data kon verzameld worden uit een meer divers publiek. De interviews gaven ons de kans om wat dieper op de materie in te gaan. We hanteerden daarbij een vooraf opgesteld script (zie bijlage 2). Alle interviews werden afgenomen voor MG; auteur van deze masterproef. De interviews werden opgenomen en met respect voor de anonimiteit van de geïnterviewde getranscribeerd voor verdere analyse. Na transcriptie werden de geluidsfragmenten verwijderd. De transcripten, alsook de kwalitatieve data, werden tijdens het onderzoek bewaard op een beveiligde schijf van de hoofdonderzoeken (MG) en daarna gedurende 20 jaar (conform de voorschriften van het Ethische Comité) door de promotor, eveneens op een beveiligde schijf. Dit protocol werd goedgekeurd door de EC UZA/Uantwerpen nr20/50/658 (bijlage 2,3)

Deze masterproef werd grotendeels afgewerkt tijdens de COVID-19 pandemie. Dit zorgde ervoor dat de interviews online plaatsvonden via Zoom, Google-hangouts of Teams.

**1. Studiepopulatie**

De inclusie of exclusiecriteria waren minimaal met doel als een zo breed mogelijke waaier van ervaringen bij huisartsen te documenteren. Zowel haio's als actieve of gepensioneerde huisartsen kwamen in aanmerking. De online bevraging liep over heel Vlaanderen. De interviews zijn meer gesitueerd rond Antwerpen, gezien ikzelf woon en werk in het Antwerpse.

In de online bevraging en in de interviews werd er vooral naar ervaringen met en eventuele toepassingen rond Complementaire en Alternatieve Geneeskunde (CAG) gepolst en niet zozeer naar de kennis ervan. Vooraf werd een korte demografische vragenlijst ingevuld.

Voor de interviews werd, in de mate van het mogelijke, geprobeerd een zo divers mogelijke groep te interviewen. Gezien de huidige pandemie en de daarmee samengaande werkdruk in de huisartsenpraktijken werden vooral haio's bereid gevonden tijd te nemen aan een interview.

**2. Rekrutering en ethische aspecten**

Aan het einde van de online bevraging werd aan de deelnemers gevraagd of ze geïnteresseerd waren in een interview. Ze konden hun gegevens invullen in een apart gecreëerde vragenlijst, dit om de anonimiteit van de eerste online bevraging te kunnen garanderen. De ingevulde contactgegevens werden opgeslagen in een aparte databank.

### 3.3. Data-analyse

Voor de online bevraging werd gebruikt gemaakt van Qualtrics. Dit programma laat ons toe verschillen te beschrijven tussen verschillende demografische groepen en gemiddelden. Ingegeven door de exploratieve aard van onze onderzoeksvraag, zullen we de data uit het onlineonderzoek vooral beschrijvend weergeven.

De geluidsfragmenten van de interviews werden getranscribeerd in Word met respect voor de privacy. Hierbij werd alle info die tot identificatie kon leiden, weggelaten. Voor het coderen van de data werd gebruik gemaakt van Nvivo 1.5.1. Hierbij werd niet gewacht tot alle data verzameld waren. Na het script van de interviews nog eens grondig door te nemen, werd gestart met inductieve codering.

### 3.4. Resultaten

#### 3.4.1. Respons

58 mensen starten aan de online bevraging; 40 mensen vulden de online vragenlijst volledig in; 3 mensen waren bereid te participeren aan interviews. De respons op deze vragenlijst was jammer genoeg minimaal. Dus werden er nog enkele artsen

gecontacteerd met de vraag of ze bereid waren de online vragenlijst in te vullen en bijkomend deel te nemen aan een interview.

Uiteindelijk werden 8 interviews afgenomen, vooral bij haio's. De redenen voor het moeizame verloop van de datacollectie worden nader besproken in de discussiesectie.

De resultaten worden tweeledig besproken, in het eerste deel wordt dieper ingegaan op de online bevraging (3.4.2.) en in het tweede deel worden de interviews besproken (3.4.3.).

### 3.4.2. Online Vragenlijst

**1. Demografische gegevens van respondenten**

De respondenten bestonden voor 50% uit haio's , 45% uit actieve huisartsen en 5% uit gepensioneerde collega's. 62,5% was vrouwelijk, 35% mannelijk en 2,5% gaf aan zich niet te identificeren met één van beide geslachten.

In de locatieverdeling lag het zwaartepunt in Antwerpen. Antwerpse artsen vertegenwoordigen 65% van de respondenten. Gevolgd door 15% Oost-Vlaamse artsen, 10% Vlaams-Brabantse artsen, 7,5% Limburgse artsen en tot slot 2,5% West-Vlaamse collega's.

Ook kwamen zo goed als alle praktijkvormen aan bod, met het grootste aandeel voor de groepspraktijk (huidig ook de populairste samenwerkingsvorm). 55% van de artsen werkt in een groepspraktijk. 17,5% van de artsen in een duopraktijk of wijkgezondheidscentrum. 7,5% gaf aan solo praktijk te voeren en 2,5% werkt in een niet nader gespecifieerd beroepskader.

Collega's werken gemiddeld 41,5 (min 5 – max 100) uur per week en zien gemiddeld 83,5 (min 17 - max 234) patiënten op die tijd.

**2. Inschatting van gebruik complementaire en alternatieve geneeskunde.**

De bevraagde artsen schatten het gebruik van CAG op een bepaald moment in het leven, in de algemene populatie in op 46,2% (SD:21,2). In hun eigen praktijk en patiëntenpopulatie schatten ze dit relatief hetzelfde, maar toch iets lager in op 42,8% (SD: 21,7).

Artsen geven aan dat patiënten op regelmatige (gedefinieerd als vaker dan één keer per maand, maar minder dan één keer per week) basis spreken met hen over de toegepaste CAG-methoden. Geen enkele arts gaf aan hier nooit of quasi nooit (minder dan één keer per jaar) met hun patiënten over te spreken.

Actieve vragen van patiënten naar CAG-methodes zijn minder frequent. Hier geeft het grootste deel van de artsen (42,5%) aan hier soms (gedefinieerd als vaker dan één keer per jaar, maar minder dan één keer per maand) vragen over te krijgen en toch 27,5% gaf aan hier regelmatig vragen over te krijgen. Geen enkele arts gaf aan het hier nooit over te hebben.

### 3. Eigen mening en ervaringen omtrent complementaire en alternatieve geneeskunde

Het grootste deel (41,6%) staat eerder negatief tegenover complementaire en alternatieve geneeskunde, 33% staat neutraal tegenover CAG. De artsen die eerder positief en positief tegenover CAG stonden waren minder vertegenwoordigd, met respectievelijk 16,6 % en 8,3% van de artsen. Geen enkele arts stond helemaal negatief tegenover CAG.

Als er gepeild wordt naar eigen ervaringen met CAG, dan staat het gros van de artsen hier neutraal tegenover, met 63,9% van de antwoorden. Eerder negatieve en eerder positieve ervaringen zijn ongeveer gelijk vertegenwoordigd met respectievelijk 13,9% en 16,6% van de ervaringen. 5% had positieve ervaringen. Opnieuw gaf geen enkele arts aan negatieve ervaringen te hebben meegemaakt met gebruik van CAG.

### 4. Adviezen en voorschrijfgedrag

In deze paragraaf wordt onderscheidt gemaakt naar gelang de verschillende CAG-methodes, namelijk natuurlijke geneesmiddelen en homeopathische geneesmiddelen. Er wordt gepeild naar het voorschrijfgedrag van artsen omtrent deze twee categorieën. Verderop wordt gepeild naar adviezen omtrent het gehele scala van CAG-methodes (Chiropraxie, natuurlijke geneeskunde, homeopathie, accupunctuur, osteopathie, Chinese geneeskunde, aromatherapie, neuraal therapie, mesotherapie, …)

Er is meteen een duidelijk verschil tussen de natuurlijke en homeopathische geneeskunde. Uit de antwoorden blijkt dat artsen meer vertrouwen lijken te hebben in of ervaring te hebben met natuurlijke geneeskunde. Zo geeft 41,5 % van de artsen aan dat ze op regelmatige basis natuurlijke geneesmiddelen aanraden. 20% geeft aan vaak en 5,5% geeft aan heel vaak dit soort geneesmiddelen aan te raden. 27,7% raadt het soms aan en 2,7% raadt het quasi nooit of nooit aan.

Bij de homeopathische geneeskunde geeft 47,5% van de artsen aan dat ze het nooit aanraden, 25% quasi nooit en 20% doet het soms. De artsen die het regelmatig, vaak of heel vaak aanraden zijn duidelijk in de minderheid en vertegenwoordigen elks 2,7% van de collega’s.

Als er gepeild wordt naar adviezen rond complementaire en alternatieve therapieën (bv. Neuraaltherapie, osteopathie, orthomoleculaire geneeskunde, accupunctuur, mesotherapie, manuele therapie, homeopathie), dan geeft het grootste deel van de artsen aan dit quasi nooit of nooit voor te stellen, respectievelijk 30,5% en 25%. 20% raadt het soms aan, 11,1% regelmatig en 13,9% vaak. Geen enkele arts raadt het heel vaak (dagelijks) aan.

Toepassing of gebruik van CAG-therapieën ligt ook heel laag. 75% geeft aan het nooit te gebruiken en 8,3% quasi nooit. 2,8% doet het soms of regelmatig en toch 5,6% vaak tot heel vaak.

**5. Nut van complementaire en alternatieve methodes in specifieke zorgsituaties of bij specifieke ziektebeelden.**

De stelling “Complementaire en alternatieve geneeskunde kan de ‘*quality of life’* van sommige van mijn patiënten verbeteren?” werd relatief positief onthaald door de respondenten. Maar liefst 48,5% gaf aan eerder akkoord te zijn en 20% gaf aan akkoord te zijn met de vraag of CAG de ‘*quality of life’* van hun patiënten kon verbeteren. 5,8% was zelfs helemaal akkoord. 5,8% procent van de artsen was eerder niet akkoord of niet akkoord. Geen enkele arts gaf aan helemaal niet akkoord te zijn.

De stelling "Complementaire en alternatieve geneeskunde kan een nut hebben in de palliatieve setting?” kreeg een meer neutraal tot licht positief antwoord. 31,4 % was eerder akkoord en 25,7% toonde zich neutraal. 8,5% van de respondenten kon zich toch akkoord en helemaal akkoord vinden met de geponeerde stelling. 8,5 is niet akkoord en toch ook 5,7% is helemaal niet akkoord. Het is duidelijk dat bij deze stellingen de meningen verdeeld zijn.

De stelling "Complementaire en alternatieve geneeskunde kan een nut hebben bij de behandeling van ernstig psychiatrische aandoeningen?” zorgde wederom voor verdeeldheid. Het grootste deel stelde zich opnieuw neuraal op met 25,7% van de antwoorden. De fractie ‘eerder niet akkoord’, ‘niet akkoord’ en ‘helemaal niet akkoord’ vertegenwoordigen samen 42,5% van de antwoorden in tegenstelling tot 31,4% van de artsen die het kamp ‘eerder akkoord’ en ‘akkoord’ vertegenwoordigen. Geen enkele arts was helemaal akkoord.

De stelling "Complementaire en alternatieve geneeskunde therapieën kunnen bij CVS/fibromyalgie een nut hebben in de behandeling?” zorgde voor meer eensgezindheid onder de respondenten. Maar liefst 64,7% van de artsen was eerder akkoord, akkoord of zelfs helemaal akkoord (29,4%, 29,4% en 5,9% respectievelijk). 23,5% stelde zich opnieuw neutraal op en een 11,7% stelde zich eerder niet akkoord tot niet akkoord op (8,8% en 2,9%). Geen enkele arts was helemaal niet akkoord. Deze stelling kan duidelijk op meer positieve reactie rekenen.

De stelling “Complementaire en alternatieve geneeskunde therapieën kunnen bij pijnpatiënten een nut hebben in de behandeling?”. Ook bij deze stelling waren de meningen eerder positief. Maar liefst 65,6 % van de collega’s was eerder akkoord, akkoord of helemaal akkoord (42,8%, 17,4% en 5,7% respectievelijk). 22,8 % koos voor een neutraal antwoord. 5,7% van de artsen was eerder niet akkoord en niet akkoord. Geen enkele respondent was helemaal niet akkoord.

**6. Kennis en (bij)scholing**

In volgende paragraaf wordt een inschatting gemaakt van de eigen kennis omtrent CAG-therapieën en van de wil om eventueel deel te nemen aan een bijscholing.

Maar liefst 42,8% van de collega’s vindt hun kennis eerder onvoldoende, gevolgd door 25,7% procent die hun kennis echt onvoldoende acht. 22,8 % procent geeft aan eerder

voldoende te weten omtrent alle CAG-therapieën en een minderheid van 8,5% geeft aan voldoende te weten.

Op de vraag “Zou u graag meer leren omtrent complementaire en alternatieve geneeskunde?” werd de taart bijna mooi in twee gedaan met 48,5 % die ‘ja’ antwoordde en 51,5 % die voor ‘nee’ koos.

De vraag naar bijscholing zorgde voor iets meer verschil in antwoorden met 22,8% die een bijscholing gevolgd hadden en 77,2 die nog nooit een bijscholing volgden.

De stelling “In de basisopleiding tot arts moet er een vak of lessenpakket worden opgenomen m.b.t. complementaire en alternatieve geneeskunde?” waren de meningen opnieuw duidelijk verdeeld. 31,5% van de artsen gaf aan eerder akkoord, akkoord of helemaal akkoord te zijn (20%, 8,5% en 2,9% respectievelijk). 54% daarentegen kon zich vinden in eerder niet akkoord, niet akkoord of helemaal niet akkoord (22,9%, 20% en 11,4% respectievelijk). 14,3% koos voor neutraliteit over dit onderwerp.

De stelling “"In de Manama-opleiding tot huisarts moet er een module worden opgenomen m.b.t. complementaire en alternatieve geneeskunde?” toonde een duidelijk meningsverschil. Een kleine minderheid van 5,7% nam een neutraal standpunt in. 48,5% stond hier eerder positief tegenover en 45,7% eerder negatief.

Als er gepeild wordt naar waar eventuele interesses liggen voor bijscholing onder de collega’s komen osteopathie, fytotherapie en chiropraxie naar voor als populairste opties, respectievelijk 16%, 14,6 en 12 % van de collega’s gaf aan hier een bijscholing voor te willen volgen. 10% gaf aan geen enkele bijscholing te willen volgen.

De stelling “Verdient CAG een plaats in de eerste lijn?” werd door 60% met ‘ja’ beantwoord en 40% ‘neen’. Wat die plaats dan exact moet zijn werd niet nader gespecifieerd.

Ook op de vraag “Vindt u dat er meer research gedaan moet worden naar CAG?” antwoordde 68,5% positief en 31,5% negatief.

## 7. Eigen gebruik

74,3% van de collega’s gaf aan nog nooit CAG (niet nader gespecifieerd) gebruikt te hebben, in tegenstelling tot 25,7% die dat wel reeds deden.

Op de vraag naar gebruik van natuurlijke geneesmiddelen gaf 45,7% aan dit ooit gebruikt te hebben en 54,3% dit nooit gebruikt te hebben. Homeopathische geneesmiddelen bleken minder populair, met 17,4% die het ooit gebruikte en 82,6% die het nooit gebruikte.

### 3.4.3. Semigestructureerde interviews.

De online bevraging werd ingevuld door 40 artsen.

Er vonden 8 semigestructureerde interviews plaats met respectievelijk 7 haio's, en één huisarts. Alle interviews werden afgenomen door dezelfde persoon en duurden gemiddeld 25 minuten

Verschillende topics uit de interviews zullen besproken worden om zo een zo volledig mogelijk beeld te geven over de gestelde vragen en vergaarde informatie.

Al deze interviews werden mondeling afgenomen en nadien letterlijk getranscribeerd. Zo werd getracht een zo spontaan mogelijk antwoord te verkrijgen. Doordat de antwoorden niet konden worden voorbereid, ontbreken soms woorden of zinsdelen wanneer de geïnterviewde persoon een gedachtegang onderbreekt. In de transcriptie worden ontbrekende woorden of onderbroken gedachtegangen aangeduid met rechte haakjes: [ ] om de leesbaarheid van de interviews te verhogen.

**1. Definitie van Complementaire en Alternatieve Geneeskunde (CAG) volgens eerstelijnsartsen.**

Globaal gezien zijn de artsen het relatief met elkaar eens over wat de definitie van Complementaire en Alternatieve geneeskunde zou moeten zijn. Alles wat niet *evidence based* is of alles wat niet tot 'klassieke' geneeskunde behoort. Bijna allemaal vermelden ze homeopathie of osteopathie.

> *Arts 5: "Ik denk vooral de dingen die niet EBM zijn of waarvan niet aangetoond is, via wetenschappelijk onderzoek, dat ze voordeel hebben. Dat is dan in het algemeen. En in het vrij specifiek is dat eerder de homeopathie, acupunctuur, zo meer die dingen. Zo die vage [ ]."*

> *Arts 7: "Alles wat niet tot de klassieke geneeskunde behoort. Uiteraard homeopathie, acupunctuur en wat dan nog. Die esoterische en fytotherapeutische dingen eigenlijk ook wel."*

> *Arts 8: "Geneeskunde die niet helemaal wetenschappelijk gebaseerd is. Waar misschien nog niet echt bewijs voor is. Maar ook dingen zoals acupunctuur en een osteopaat. "*

Enkelen laten ook nog de termen accupunctuur, neuraal therapie of fytotherapie vallen. Als we alle interviews samen bekijken hebben de artsen een relatief goed beeld van wat CAG inhoudt. Op individueel vlak bemerken we toch nog serieuze hiaten.

> *Arts 2: "Alles wat wij niet hebben meegekregen in onze opleiding: dat versta ik daaronder. Want ik denk dat er in de opleiding niet zoveel alternatieve geneeskunde is besproken. Dus in mijn hoofd zit daar ook veel*

*homeopathie in, heel veel met kruiden en op natuurlijke wijze. Ik weet dat dat de lading niet volledig dekt. Als in denk aan alternatieve geneeskunde dan denk ik eigenlijk voornamelijk aan homeopathie, die zaken."*

*Arts 1: "Alles wat onder fytotherapie valt. Ik zou zeggen: sowieso inspuiten van lidocaïne bij rugpijn, zo van die kleine spontane dingen. Kurkuma pillen voorschrijven, traumeel, acupunctuur zie ik er ook nog wel een beetje in. Dan heb je al die dingen van de B-geneeskunde, wat niet echt geneeskunde is, homeopathie dus. Ook vitaminen en dergelijke dingen*"

Verder geven enkele artsen ook nog aan dat het eigenlijk een combinatie betreft van de 'klassieke' geneeskunde en alternatieve therapieën.

*Arts 3: "Ik stel mij daar iets van voor van een combinatie van de huidige, wetenschappelijke geneeskunde eigenlijk samen met alternatieve geneeskunde. Ik denk dan aan Sedistress en die dingen, maar ik weet niet of ik dat er echt onder mag rekenen."*

*Arts 4: "Een beetje de combinatie van EBM en CAG. Het is dus een alternatief van wat we normaal uitoefenen, van evidence based geneeskunde. Maar zoals we ondervinden bij veel mensen is dat onvoldoende toereikend voor sommige personen. Met sommige behandelingen of met kinesitherapie kan je maar 70 of 80% van de mensen echt behandelen en blijven er veel chronische mensen over. Zonder dat er echt een goede behandeling voor is in de evidence based geneeskunde. Vaak ook omdat er zoveel klachten bij zijn of andere zaken die meer psychologisch zijn, ook gewoon soms fysische klachten die niet overgaan. En dan heb je wel alternatieve zaken ook bij ons in de buurt waarnaar je dan ook doorverwijst. Naar instanties zoals osteopaten of mensen die andere alternatieve therapieën doen. Als het niet kwaad kan dan kan het alleen maar helpen, zeker als er geen andere opties zijn in de reguliere geneeskunde."*

Een collega had een vrij uitgebreide mening over de vraag naar de definitie. Deze arts zag als enige een duidelijk verschil tussen de zaken die alternatief zijn en de zaken die complementair zijn. Dit is een interessante insteek die bij geen enkel van vorige interviews naar voren kwam daarom wordt hieronder ook het volledige antwoord weergegeven.

*Arts 6: "Het eerste wat naar boven schiet zijn zaken zoals homeopathie als alternatief, eerder dan complementair, omdat dat niet aanvullend is. Dus ik denk wel dat dat een verschil is. Voor mij is dat toch een verschil. Homeopathie is alternatief. Alles wat 'meneer' Coucke doet. Ik ben heel bewust in mijn keuze daarover. Dat is alternatief of misschien wel eerder 'naast*

*geneeskunde'. Echt 'naast' geneeskunde. Omdat, met homeopathie drijf je mensen niet tot [ ]. Je misleidt mensen niet noodzakelijk. Dat kan een aanvulling zijn op iets en dat kan juist steunen op het placebo-effect. Het is eigenlijk ook watchful waiting. Terwijl wat 'meneer' Coucke doet, is mensen eigenlijk een fatsoenlijke genezing in de weg staan. Complementair. Ik heb zelf weinig ervaring met een osteopaat. Maar een osteopaat: ik hoor daar wel veel goede dingen van. Wel wisselend natuurlijk. Dat lijkt mij dan eerder complementair, omdat dat in mijn hoofd wat meer gecategoriseerd is naar hyaluronzuur spuiten. Als in, daar is discussie over, maar daar komt uit dat 50% van de mensen niet [ ]. Dus één op twee, bon, dat is nog altijd hoog genoeg kans om dat eens uit te proberen. Dat is zowat het verschil voor mij."*

**2. Plaats van CAG in de eerste lijn.**

Ook bij deze vraag zijn de artsen het relatief gezien eens. Ze vinden allemaal dat het een plaats verdient in eerste lijn, als er rekening gehouden wordt met bepaalde voorwaarden. Hieronder worden enkele voorwaarden weergegeven die door artsen afzonderlijk gedefinieerd werden.

CAG mag bijvoorbeeld nooit de huisartsgeneeskunde voorafgaan of vervangen.

*<u>Arts 3:</u> "Ik denk dat dat ergens een plaats heeft, maar ik denk dat daar voorzichtig mee moet worden omgesprongen. Omdat het geen vervanging is van de huisartsgeneeskunde. Want sommige mensen zien dat wel zo. Al denk ik dat het voor sommige mensen wel een nuttige aanvulling kan zijn. Dus ik denk dat ze naast elkaar kunnen bestaan. Ik denk dat ze elkaar kunnen versterken, maar dat de alternatieve geneeskunde op zich kan bestaan, los van de huisartsgeneeskunde. Andersom denk ik dat wel. Huisartsgeneeskunde kan wel zonder de alternatieve geneeskunde."*

CAG kan toegepast worden bij milde klachten die eventueel zonder behandeling ook zouden verbeteren. Ernstige aandoeningen behoeven altijd klassieke geneeskunde.

*<u>Arts 2:</u> "Ik denk dat daar wel een plaats voor is. Voor de milde klachten. Ik geloof echt wel dat mensen daar goed mee zijn. Of dat nu placebo is of niet daar kan ik mij moeilijk over uitspreken, maar ik denk wel dat het wel echt een meerwaarde kan zijn. Tot op een bepaalde hoogte. Dat is ook omdat ik er te weinig van weet, maar ik ben er precies wel van overtuigd dat wanneer het gaat over ernstige aandoeningen, die een behandeling vereisen, dat we er daarmee niet gaan geraken. Dat is mijn idee. Maar ik denk dat dat in de eerste lijn voor mensen die daar dan zelf ook voor openstaan, dat dit dan wel een meerwaarde kan zijn, moest ik er zelf iets van kennen."*

CAG kan toegepast worden bij therapeutisch indifferentie situaties, bv. waar de arts normaal een NSAID zou voorstellen kan nu een natuurlijk alternatief zoals bv. Kurkuma voorgesteld worden.

> *Arts 1: "Vind ik een moeilijke vraag. Ik geef dat wel graag mee aan mijn patiënten, eerlijk gezegd. Ik ga nooit zeggen: "Je moet dat doen want dat gaat beter zijn dan wat we kennen van [ ]", maar ik geef altijd wel, bijvoorbeeld wanneer ze er een beetje tegenop zien om echt de conventionele geneeskunde te doen of wanneer ze bijvoorbeeld bang zijn om een ibuprofen te nemen, daar de 'veiligere' therapieën voor. Ik vind dat dat zeker wel vernoemd mag worden en dat patiënten daar zeker wel over geïnformeerd moeten worden."*

CAG kan toegepast worden als tweede keuze indien somatische oorzaken uitgesloten zijn en een verwijzing naar tweede lijn niet direct veel perspectieven biedt.

> *Arts 4: "In de eerste lijn sowieso mét gewone geneeskunde, evidence based. En dan doorverwijzen, moest je toch denken 'er zit toch iets meer achter dat we niet volledig kaderen in eerste lijn', dan zou ik doorverwijzen naar tweede lijn. Als eerste keuze zijn dat zaken waarvan je toch een beetje verwacht dat er iets psychologisch achter zit of waarvan je zelf al hebt kunnen uitsluiten dat er iets somatisch op te lossen valt met de algemene geneeskunde. Als er dus zoiets achter zit dat je niet met gewone geneeskunde kan oplossen. Het heeft niet veel nut om dan door te verwijzen naar tweede lijn, want zij gaan er ook niet veel mee kunnen aanvangen. Dan zou ik vanuit die eerste lijn wel verwijzen naar alternatieve geneeskunde. Maar als je toch vermoedt, of nog maar een beetje al maar de minste indruk hebt van 'oké hier is misschien toch nog iets anders dat erachter zit dat we niet in eerste lijn kunnen diagnosticeren of behandelen', dan zou ik wel natuurlijk de reguliere geneeskunde volgen en dus doorverwijzen naar een specialist."*

> *Arts 5: "Ik denk dat dat zeker een nut kan hebben in de eerste lijn. Het zal zeker niet mijn eerste ding zijn om naar te grijpen. Maar bij sommige mensen, die er zelf in geloven en erachter staan en die daar dan echt beter mee zijn, 'waarom niet'."*

CAG kan zeker zijn plaats hebben voor de behandeling van milde tot matige klachten bij pediatrische problematieken. In de literatuur werd hier ook al reeds meer research rond gedaan. (11)

> *Arts 7: "Er is zeker plaats voor. Absoluut. Bij een bepaalt type van patiënten. Maar ook ik heb homeopathie gevolgd. Ik moet echt zeggen bij kinderen [ ]. Ik heb dat bij mijn eigen kinderen ook gedaan. Die faken niet hé. Zoals eczeem, astma. Wij zagen echt wel resultaten met [ ]. Dus er is wel iets van. Maar ik*

*heb dat ook nooit gedaan volgens hun methode. Want dat is dan een uur interviews. Maar er is zeker een plaats voor, absoluut."*

Nog andere collega's lieten vooral verstaan dat er ook gevaren vasthangen aan CAG en de therapeuten die ze uitvoeren. Vanaf het moment dat het schadelijk kan worden voor de patiënt wordt er door deze collega's een grens getrokken en wordt er niet meer voor dit soort therapieën geopteerd.

*Arts 6: "Ik vind het eigenlijk vervelend dat die complementaire geneeskunde zo een overkoepelende term is. Dat dat zo een brede term is. Want eigenlijk, die hyaluronzuur spuiten vallen daar dan perfect binnen. En die manuele therapie ook. Waarvan we echt wel weten, of waarvan de ervaring is, dat mensen bij fysische geneeskunde daar echt wel content van zijn. Ten opzichte van dat dat onder dezelfde term valt als alternatief. Het hangt dus echt af van de takken. Hoe ik mijn geneeskunde voer, valt homeopathie daar niet binnen. Maar ik weet dat dat ongelooflijk subjectief is, dus ik zou dat niet integraal eruit smijten. Maar dat is niet hoe ik mijn geneeskunde voer. Maar dan die zaken als manuele therapie. Ook acupunctuur of dry needling. En zaken die dan zowat bediscussieerd worden, als zijnde wel nuttig, maar niet harmful zijn. Dat lijkt mij dan wel nog een plaats te hebben in de eerste lijn. Wat valt er dan niet onder. Kijk, hoe verder je [ ], hoe meer kans je hebt op harm en hoe meer dat het al 'niet bewezen' is."*

*Arts 8: "Ik denk op zich dat dat wel een plaats heeft. Als jouw patiënt dat graag heeft en die vertrouwt dat, vind ik zeker dat je dat niet moet afwijzen. Maar zelf werk ik er niet echt mee samen. Van mij mogen ze bijvoorbeeld de kiné die ik voorschrijf combineren met osteopathie, maar ik vind dan ook wel dat ze echt die kinesitherapiebehandeling moeten volgen. Want als de osteopaat graag wil meewerken, vind ik dat allemaal oké, maar dan vind ik ook dat die moet overleggen. Dat die niet ineens medicatie moet afschaffen bijvoorbeeld, omdat als je op zijn knie duwt hij geen pijn heeft als hij dat pilletje vasthoudt. Wij hebben een osteopaat waar we mee samenwerken en die doet soms zo'n nogal rare dingen. Dan moeten onze patiënten de medicatie niet nemen die ze gebruiken, maar dan moeten die dat vasthouden. Dan duwt die op een of andere manier de knie vast en dan duwt die de knie weg. Afhankelijk van hoe makkelijk dat dat gaat, moeten zij dat pilletje verdragen en als het niet beweegt moeten zij dat pilletje niet verdragen. Dus als je een obese patiënt hebt van 80 jaar met artrose van hier tot in China moet je al hun pilletjes afschaffen want ja [ ]."*

### 3. Is er een actieve vraag van patiënten naar CAG-methodes?

Bij deze vraag zijn de verschillen tussen artsen onderling toch duidelijker. De antwoorden variëren enorm. Van enorm kort tot heel uitgebreid.

Een arts gaf aan hier totaal geen vragen over te krijgen. Een andere collega eerder weinig. Zij gaven aan dat het eerder aan hun manier van praktijk voeren zou liggen en hun overtuiging van hun eigen manier van geneeskunde doen.

> *Arts 7: "Neen, eigenlijk niet echt."*

> *Arts 3: "Heel weinig. Zelf heb ik nog nooit de vraag gekregen van een patiënt dat die om een doorverwijzing vraagt naar een homeopaat of iemand anders. Nu, als je de osteopathie erbij rekent. Je hebt osteopaten en kinesisten. In osteopaten zijn hele grote verschillen. Er zijn er die heel dicht aanleunen bij de kinesisten en dat vind ik oké en er zijn er die er heel ver af zijn. Daar zie ik minder het nut van in. Maar ik zie dat eigenlijk heel weinig. Ik heb wel patiënten die naar alternatieve artsen gaan en ik heb het daar soms moeilijk mee. (Denk je dat de reden dat je die vraag weinig krijgt, dat dat aan je patiënten ligt? Of aan dat je er zelf niet voor open staat als arts?) Ik denk beiden. Ik zeg nu dat ik dat niet veel tegenkom, maar misschien hou ik dat ook onbewust zelf ook een beetje af. Ik zal [ ] ook heel weinig voorschrijven. Ik denk het enige dat ik wel eens geef is zo een Sedistress of een Metarelax, maar voor de rest van alle alternatieve therapieën of homeopathieën of andere dingen ken ik eigenlijk weinig en heb ik ook niet zoveel contact mee."*

> *Arts 2: "Zelf krijg ik die vraag niet, omdat ik ook in een praktijk zit waar niemand dat toepast. Als haio heb je wat de erfenis van je praktijk, dus ik krijg die vraag niet. Maar ik zie wel veel mensen die, naast bij ons als huisarts, nog een andere huisarts of algemeen arts hebben of wat dan ook voor alternatieve zaken. Ik kan daar niet makkelijk een getal op plakken, maar wij hebben best wel wat mensen die dat naast bij ons zeggen: "Voor die klachten ga ik bij mijn andere arts.". Waarbij je merkt dat zij dat niet actief bij ons komen vragen, omdat wij dat aanbieden of omdat mijn collega's dat nooit deden en ik dat zelf ook niet kan. Maar er zijn wel wat mensen die dat wel doen en dat ergens anders zoeken."*

Een arts geeft aan dat de buurt waarin de patiënten wonen ook een invloed kan hebben op de vraag naar CAG. Dat mond aan mondreclame echt een effect kan hebben.

> *Arts 8: "Wij hebben sommige patiënten die al naar de osteopaat zijn geweest. Zij hebben daar soms goede ervaringen bij en die willen daarnaar terug. Maar ook het omgekeerde. Ik heb ook soms patiënten die naar een osteopaat zijn geweest, die een hele andere ervaring hebben en niet meer terug willen. Zelf beveel ik het nooit actief aan. Het is meer als ze met de vraag komen, dat ik zeg dat ze het altijd wel mogen proberen van mij. Wij hebben en praktijk met toch wel 90% allochtonen en dat is heel erg mond aan mondreclame. Dus we hebben er hier denk ik een paar zitten in de [buurt] die*

*helemaal weg zijn van de osteopaat. Dus daardoor gaat nu half de [buurt] naar de osteopaat."*

Ook wordt aangegeven dat de vraag naar dit soort therapieën door de behandelend arts kan gecreëerd worden door bepaalde behandelingsmethodes actief aan te bevelen.

*Arts 4: "Dat is heel plaats afhankelijk. Ik merk in mijn praktijk van wel, maar ik denk dat dat ook een beetje komt door de gewoonte van de huisarts dat dit gecreëerd wordt. Omdat hij nu ook bezig is met alternatieve zaken en behandeling zelf te doen, zoals traumeel infiltraties. Wat toch ook een beetje onder homeopathie valt. Zo is er een redelijke 'bekendheid' van alternatieve geneeskunde bij de patiënten. Het is voor de meeste mensen geen nieuwigheid, omdat veel al wordt opgevolgd in osteopathie en acupunctuur. De meeste mensen die ik zie zijn al in zo een traject terecht gekomen. (Kan ik dan zeggen dat dit op dit moment door jouw collega wordt aangeboden of als optie gezien wordt?) Ja, inderdaad. Hij doet dat ook zelf voor een deel, maar stuurt ook snel naar osteopaten door of doet dan zelf infiltraties."*

Andere artsen geven toch aan dat er bij hen wel actieve vraag naar is voornamelijk bij chronische rug- en nekklachten en slaapproblemen. Ze durven dan ook wel alternatieve voorstellen te doen zoals natuurlijke producten of neuraaltherapie.

*Arts 5: "Een actieve vraag is er sowieso bij de enkelingen. Dan is er wel zo een actieve vraag van "Zou acupunctuur geen goed idee zijn?", als je zoiets anders voorstelt van kinesitherapie ofzo. Bij sommigen moet je dat afremmen en bij anderen toejuichen. Wat ik wel voel is dat als ik zelf met iets kom van 'oké, je kan niet zo goed slapen' dan zal ik slaapmedicatie geven. Maar zo de echte Xanax en de benzo's, ik sta daar niet achter en je legt uit waarom. Dat die mensen openstaan voor een Sedistress en dat dat ook wel oké is."*

*Arts 3: "Ja, bij rugpijn voornamelijk en nekpijn heb ik heel vaak mensen die vragen voor dergelijke dingen en dan vragen ze naar inderdaad een osteopaat bij. Of over acupunctuur, wat ik daarvan vind. Meestal zijn het wel effectief die subcutane injecties met traumeel, lidocaïne en dergelijke dingen. Dat wordt vrij veel gevraagd. Ik durf zeggen dat ik er toch wel zeker één of twee per week van zie die voor injecties komen of voor infiltraties soms ook. Maar ik weet niet of depomedrol infiltraties er ook bij horen? (Daar is meer evidence rond, dus hoort er eigenlijk niet bij nee. Wel lidocaïne, traumeel en neuraaltherapie.) Hyaluronzuur hoort dat er wel bij? (Neen, voorlopig wordt dit niet als alternatief gezien. Omdat je effectief een ondersteuning voor je kraakbeen geeft. Dus dit hoort er niet bij.) Oké, maar voor die subcutane injecties komt toch wel zeker eenmaal per week iemand en ook mensen die komen voor bijvoorbeeld traumeel of kurkuma pilletjes. Het gebeurt zelden dat ze er specifiek naar*

*vragen, maar dat ze zeggen: "Mijn maag is niet sterk genoeg voor een ibuprofen en ben al paracetamol aan het pakken en ik zou graag iets anders hebben" en dan stel ik dat wel voor. Dus zo een persoon toch ook wel zeker eenmaal per week. Acupunctuur, ik geeft meestal kiné, maar ze vragen er soms wel om. Zelf actief om vragen gebeurt één à twee keer per maand. Acupunctuur en osteopaat zie ik dan in dezelfde [ ]. "*

Een collega gaf aan af en toe de vraag te krijgen voor alternatieve medicatie voor de behandeling van een depressie. Hoewel de arts in kwestie wel open staat voor de vraag naar CAG, werd hier de grens getrokken. Er wordt hierbij ook op de verantwoordelijkheid van de patiënt in zijn eigen genezingsproces gewezen.

*<u>Arts 6:</u> "Ik vind een medicamenteus alternatief voor een antidepressivum eigenlijk geen doen. Want je kiest eigenlijk al voor een medicamenteuze interventie, daar waar de behandeling eigenlijk zit in nieuwe coping mechanismen, uw visie, uw helend psychologisch proces. En dan zeg je van "Ik ga mezelf ondersteunen. Ik ga dat proces ondersteunen met medicatie." Maar dat mag dan toch geen gereguleerde medicatie zijn? En dan als je dan kijkt naar de dingen die je over de counter kan krijgen, daar zit dan weer wel sint-janskruid in enzo. Alleen is de concentratie dan weer zo laag. Ik vind dat belachelijk. Dat is zo, noch vis noch vlees. Als mensen dat vragen, in die instanties, dan heb ik al zoiets van 'nee'."*

*<u>Arts 6:</u> "Ook gewoon, je hebt uw richtlijnen en uw evidentie, maar mensen staan in de weg van hun eigen genezingsproces. En dat is iets waar de evidentie gewoon geen rekening mee houdt. Dan zeggen van: "En je moet kiné doen en je moet mobiliseren en je moet een goede hygiëne hebben en een ergonomisch bureau hebben enzo." Maar mensen zeggen vaak gewoon: "Nee, ik doe dat niet" en dan komen ze twee weken nadien, of een maand nadien, terug. Dat is dan ook wel uw verantwoordelijkheid als arts om dan tegen uw patiënt te zeggen: "Je hebt een keuze gemaakt en je hebt te leven met de consequenties.". Maar één ik denk niet dat wij dat leren als arts. Ik denk niet dat wij die communicatietechnieken [ ]. Wij leren wel wat communicatietechnieken, maar zo de, keuzevrijheid, maar ook nadien de hardvochtigheid van 'Oké je hebt die keuze gemaakt, dat mag, dat is oké, dat is echt uw vrijheid, dat is wie je bent als persoon maar you can't have your cake and eat it too.'. Zo zaken als dat, ook al heb ik het zelf niet geprobeerd, daarvan denk ik wel dat dat een plaats of een nut kan hebben om dat in sommige instanties wil je dat ook een beetje [ ]. Sommige mensen krijg je echt niet zover om te zeggen van: "Kijk, sorry, je hebt die keuze gemaakt.". Dan kan het iets achter de hand zijn. Je hebt je gat verbrand en je moet nu op de blaren zitten en dan toch komen die terug, dan is het goed om dat toch achter de hand te hebben."*

**4. Voorschrijfgedrag**

Het voorschrijfgedrag wordt vooral gedreven bij therapeutisch indifferente situaties waarbij vooral ingezet wordt op het placebo-effect en er geen bewezen therapeutische opties overblijven. *Joint informed decission making* wordt ook opnieuw benadrukt. Patiënten verdienen een goede uitleg omtrent de verschillende opties die er zijn om zo samen met de arts een geïnformeerde keuze te kunnen maken.

> *Arts 5: "Vooral de natuurlijke dingen. In homeopathische medicatie, daar geloof ik minder in dan in de natuurlijke dingen. Maar ook daar eerder als placebo wel een plaats."*

> *Arts 3: "Ik ben dan mee gaan volgen met die arts, dus het is vooral binnen het kader van traumeel, spascupreel, al die zaken. Het zijn de producten van Zeel. Al die basisproducten. Maar ikzelf gebruik enkel traumeel, spascupreel en procaïne enzo. Voor wat betreft Sedistress. Dat durf ik ook meegeven, maar dat is natuurlijk wel echt bewezen. Er zijn wel studies van dat dit effectief zou werken. Antimetil durf ik ook voor de stellen. Maar ik zou daar nu niet direct naar grijpen. Voor zwangeren is het eerst Navalit bijvoorbeeld, dat ik eerst zou voorstellen. En bij andere gewone mensen Domperidon. Antimetil zou ik echt maar bijgeven als mensen een beetje ten einde raad zijn. Waar het dus een beetje stopt met de gewone geneeskunde. En je weet de oorzaak ervan, maar het is beter om een houvast te geven, om zo de mensen toch een beetje de kracht te geven om door te gaan."*

> *Arts 6: "Wat ik doe in de praktijk. Ik was aan het denken over spuiten en infiltraties. Infiltraties doe ik heel veel. Ik bied de patiënten altijd de keuze. En dan afhankelijk van hoeveel pijn ze hebben. Dan zeg ik: "Kijk je hebt de keuze. Het zit zo en zo en zo. Dat is al langere tijd bezig. Je bent het beste als je naar de kiné gaat en op langere termijn ga je daar beter mee zijn en ga je het kunnen voorkomen en als het terugkomt dan weet je wat je moet doen. Maar ik bied u ook de keuze. Als je nu veel pijn hebt, van ook nu al eventjes een infiltratie te doen. Dan ben je van de meeste pijn al af." Als het echt al uitgesproken is dan doe ik ook de twee. Dus in dat opzicht schrijf ik dat zeker voor. Dus voor gewrichten het allermeeste eigenlijk."*

**5. Implementatie van CAG in hun dagdagelijkse praktijk.**

Sommige artsen zijn duidelijk in hun standpunt en kiezen er bewust voor dit niet te willen implementeren.

> *Arts 3: "Ik wil dat niet in mijn eigen praktijk invoeren. Ik sta er open voor dat het bestaat, maar ik vind de huisartsgeneeskunde die ik wil uitvoeren is toch gebaseerd op [ ], is toch EBM eigenlijk. En ik wil dat de mensen dat ook weten en zo ervaren. Ik denk dat die andere dingen hun plek hebben, maar ik vind niet dat dat past in dezelfde setting als de huisartsen, niet in hetzelfde gebouw*

*als bij mij."*

*Arts 8: "Momenteel ben ik meer bezig met wat ik ken en met wat ik geleerd heb, maar ik zeg: "nooit, nooit". Misschien in de toekomst."*

Anderen zijn wat gematigder maar vinden toch ook dat er bepaald wetenschappelijk bewijs moet komen vooraleer het aangeraden wordt aan de patiënten. Ook vinden artsen dat patiënten op bepaalde vlakken financieel beschermd moeten worden voor therapeuten die gebruik maken van de naïviteit van patiënten.

*Arts 4: "Ik vind eigenlijk dat als het aan de patiënt wordt aangerekend, dat het toch minstens onderzocht moet worden. Het is daarom dat ik het ook een moeilijke tak vind, omdat mensen daar veel voor betalen, mensen geloven daarin. Het wordt ook gepromoot als zijnde 'het helpt', maar er is zo weinig evidence rond. Dus ik vind dat al die dingen beter onderzocht moeten worden, voordat je het naar je patiënt toe kan promoten."*

*Arts 5: "Bij ons is er eigenlijk niemand [ ] en er zijn wel patiënten die daarbij zweren, bij inspuitingen in de nek, maar ik weet niet of ik dan geloof in het feit dat dat placebo is of dat het echt is. Maar op zich geloof ik wel dat als die mensen zich beter voelen, dat het wel helpt. Wat ook de reden is. Ik denk dus niet dat ik er radicaal tegen zou zijn van bepaalde zaken te gebruiken, maar voor milde zaken. Zolang het niet over ernstige aandoeningen gaat en als de patiënt er beter bij is, denk ik dat ik daar nog wel open voor zou staan. Maar ik denk wel dat ik daar achtergrond over zou moeten hebben. Ik heb ook wel vaak het idee dat er vanalles wordt gedaan. Soms mensen die van een arts komen en dan baksters krijgen met zink of zo. Dan denk ik 'Wat is daar nu de evidence van?'. Dat kost dan bakken geld voor de patiënt. Ik denk dat ik er daarom ook wel een negatief idee over heb, omdat het heel duur is vaak en dan denk ik 'ja, maar helpt het dan eigenlijk wel'. Maar ik zou dus niet zeggen "nee, nooit". Toch denk ik dat ik daar wel altijd vrij kritisch tegenover zal staan."*

Nog andere collega's passen CAG-methodes reeds toe of raden het reeds aan in hun dagdagelijkse praktijk, maar geven niet direct aan de frequentie nog te willen verhogen.

*Arts 1: "Als eerste behandeling zou ik dat niet snel doen, dan ben ik wel meer van de richtlijnen. Probeer eens eerst een kiné en een ontstekingsremmer. Hoewel ik in de eerste lijn wel die kurkuma en zo durf gebruiken, omdat daar iets van evidentie over bestaat. Acupunctuur nu specifiek niet. Osteopaten durf ik ook nog wel aanbieden, maar van acupunctuur ken ik nog iets te weinig van om te zeggen [ ]. Wat ik ervan ken is eigenlijk wat ik van patiënten heb gehoord en de licht gegoogelde dingen."*

*Arts 2: "Ik denk zo die natuurlijke geneeskunde en Chinese geneeskunde. Ik denk dat de klassieke geneeskunde voldoende is opdat vlak. Ik denk niet dat we daar nog iets extra van kunnen gebruiken. Voor die andere dingen zoals mesotherapie, neuraaltherapie dat zijn dingen waarvan ik denk dat het mogelijk nuttig is als wetenschappelijk onderzoek dat bewijst. Ik vind dat er wetenschappelijk onderzoek naar moet zijn voordat je daar conclusies uit kan trekken. (Doe je dit zelf ooit? Bijvoorbeeld procaïne of traumeel of zo?) Ik heb dat op mijn stage gedaan bij fysische geneeskunde en ik heb dat sindsdien nooit meer gedaan. Ik doe dat niet in de huisartsgeneeskunde."*

*Arts 6: "Op dit moment doe ik dat niet zoveel. Dat zal maandelijks zijn ofzo. Bij mijn collega is dat anders, die doet dat echt wekelijks of dagelijks soms. Die doet dat in mijn opzicht soms te snel. Ik vind dat je eerst toch wel [ ]. Die doet infiltraties bij de knie met traumeel en dan komen die terug en dan doen ze met medrol en dan zijn die echt wel beter. Dus ik denk dat de eerste keuze toch wel naar de evidence based moet gaan, naar de normale zaken. Als het dan natuurlijk niet betert, kan je dat proberen. Maar het is meer iets aanvullend, daar waar de normale geneeskunde stopt."*

*Arts 7: "Jawel, de combinatie dat doe ik soms nog wel. Zo de combinatie van procaïne en traumeel. En dan soms gooien ze daar nog iets bij, maar ik weet eigenlijk niet wat. Dat heb ik tijdens mijn stages wel gezien en dat is ook iets waar veel mensen wel content mee zijn. Dus waarom niet."*

**6. Research naar verschillende CAG-methodes.**

Alle artsen op één na geven aan dat ze meer research naar CAG-methodes nodig vinden om hier verder mee aan de slag te gaan.

*Arts 7: "Van mij mogen die allemaal in die hoek blijven. Vooral om de reden dat ik niet goed zie hoe je dat evidence based gaat doen. Zoals homeopathie. Mensen zeggen dan ook [ ]. Sommige verdunningen. Hoe zwaarder verdunt, hoe sterker het werkt. En dan zeggen de mensen: "Je geeft water.". En dan zeg ik: "Als je ze met water kan helpen hé, wat doen klassieke medicaties?" Maar begin daar eens een evidence base [ ]. Ook met acupunctuur. Dat zijn lijnen die niet volgens bloedvaten, lymfevaten lopen. Ze hebben dat wel eens kunnen aantonen, maar ja. In China bestaat dat 4000 jaar en daar doen ze operaties mee. Dus een beetje geloof of vertrouwen erin [ ]. Daarnaast vind ik dat we met klassieke [ ] toch methoden genoeg hebben. En als je je daarop wil toeleggen, dan is dat een mooi aanvullend ding als je een beetje uitgeput bent."*

Verder geven artsen verschillende soorten CAG aan waar, naar hun mening, meer onderzoek naar gevoerd moet worden nl. natuurlijke geneeskunde, neuraaltherapie,

accupunctuur en in het verlengde daarvan *dry needling*,

> *<u>Arts 1:</u> "Ja zeker, ik denk op zich die subcutanen, daar wordt op zich nog wel veel onderzoek naar gedaan omdat je er wel geld uit kunt halen. Osteopaten en orthopedisten en dergelijk. Puur uit interesse denk ik aan die acupunctuur. Dat vind ik wel interessant. Ook naar alles wat traumeel pillen zijn en natuurlijke producten en homeopathie, dat vind ik wel. Naar homeopathie wordt dat misschien nog wel gedaan omdat dat wel zo een miljoenen industrie is waar ze veel geld uit kunnen halen. Maar als ze daar echt evidence achter zouden vinden, zeker. Ik zou dat leuk vinden."*
>
> *<u>Arts 4:</u> "Om toch een beetje meer richting dat evidence based te gaan, ben ik toch een beetje gaan kijken naar acupunctuur. Vooral dan dry needling. Dat zou, in vergelijkende studies, niet echt veel slechter scoren dan kinesitherapie. Ik denk eigenlijk dat dit te weinig onderzocht wordt in functie van, in vergelijking mét kinesitherapie. Want op zich wordt de kine dan, volgens onze opleiding, als standaard genomen. Terwijl als je dan eigenlijk in de literatuur kijkt, is het ook niet per se slechter. Er zijn nu niet veel studies dus er zou wel meer mogen zijn, maar ik denk dat er wel zaken zijn die worden gezegd als 'alternatieve geneeskunde' terwijl als je dan evidence based gaat naar verder kijken, lijkt het dan toch ook niet zoveel slechter te zijn en toch een optie te zijn."*
>
> *<u>Arts 5:</u> "Ik denk zeker naar natuurlijke producten. Ik denk dat als je daar onderbouwing naar doet dat je dat uit het hoekje van de alternatieve geneeskunde kan trekken en dat het gewoon EBM kan worden. Waarschijnlijk doen ze dat nu niet omdat daar niet genoeg bewijs voor zal bestaan, dat het significant is. Ik vermoed wel dat het gedaan zal zijn, maar ik weet het niet. Die natuurlijke producten, ik geloof daar wel in dat het helende krachten kan hebben."*
>
> *<u>Arts 8:</u> "Ik vind dat research wel een meerwaarde kan zijn. Want 'onbekend is onbemind' en sommige dingen gaan ook sowieso neveneffecten hebben. Als bewezen wordt dat het werkt dan zou ik het meer gebruiken. Als ik zie vanwaar we komen. 100 jaar geleden gebruikten we ook maar de middeltjes [ ] en dat werkte toen ook. Daar zal wel allemaal iets deels van werken, maar nu weet je gewoon nog heel veel niet. Je kan niet alles kennen, dus [ ]. Dan zou het saai worden hé."*

Één collega gaf nog een interessant inzicht aan dat zeker het vermelden waard is. Deze arts gaf aan dat alle EBM vroeger ooit ook niet bewezen was en dat er voor elke soort research een plaats moet zijn.

*Arts 6: "Het moeilijke aan die vraag, als basis en dus aan die definitie van: 'wat er naast geneeskunde valt', vind ik sowieso al de snelheid waarmee die dingen evolueren. Omdat het onmogelijk is van altijd up to date te zijn met alles wat er extra bijkomt. Dus die mindfulness bijvoorbeeld dat is zo een stroming die ondertussen wel al een 5 tot 10 jaar bestaat. Terwijl er toch wel heel veel psychologisch stromingen zijn waar er toch wel wat evidentie voor zou kunnen zijn, maar je moet het doen natuurlijk. Er zijn dus veel dingen die 'naast geneeskunde' vallen zogezegd. Dat is nu wat ik gebruik voor die termen. Dat die dingen eigenlijk daar wel zullen vallen in de toekomst. Dus dat dat het al zeer moeilijk maakt. Bijvoorbeeld iets van regelgeving daar rond, dat zou ik heel moeilijk vinden. Want dan maak je het eigenlijk onmogelijk voor iets nieuws om ontdekt te worden. Want iets dat evidence based was, is per definitie ooit niet evidence based geweest. Dus daar moet plaats voor zijn en daar moet naar geëxperimenteerd kunnen worden. Alvorens dat iets EBM kan zijn. Dus daar is plaats voor en daar moet plaats voor gemaakt worden. Het enige is dat, als je iets hebt waar er een verschil is tussen plaats laten voor research en hardnekkig vasthouden aan iets waarvan bewezen is dat het niet werkt."*

## 7. De plaats van CAG bij psychiatrische problematiek.

Ook bij psychiatrische problematiek lijkt er wel een plaats weggelegd voor CAG-methodes, voornamelijk bij angststoornissen en angstige persoonlijkheden. Wel steeds gecombineerd met de bewezen technieken van psychotherapie en/of medicamenteuze behandeling.

*Arts 8: "Ik denk dat dat wel echt kan helpen. Bij angststoornissen vooral. Die mensen moeten een houvast hebben. Die mensen moeten een structuur krijgen. Soms is een osteopaat voor ons al deel van een structuur. Iemand hebben waar je naartoe kan gaan. Ik denk dat dat daarbij wel zeker werkt. Bij mensen met depressie of met psychose denk ik dat dit minder een plaats heeft. Alleen met alternatieve geneeskunde oplossen, gaat niet denk ik. Ik vind psychotherapie ook heel belangrijk. Misschien niet persé altijd geneesmiddelen, maar wel psychotherapie en educatie."*

*Arts 2: "Ik denk dat daar wel ruimte voor is als aanvulling. Ik denk dat als mensen het alleen daar gaan zoeken, dan zou ik "nee" zeggen. Ook niet per se omdat ik dan vind dat het medicatie zou moeten zijn, maar ik vind dat er dan echt een psycholoog bij betrokken moet zijn en dat hoort wel bij het conventionele. Dus ik denk dat het alternatieve dat het wel een aanvulling kan zijn, maar dat niet op zichzelf kan staan."*

Een andere arts gaf aan CAG toe te passen als de patiënt uitbehandeld zou zijn of niet reageert op conventionele therapieën, voornamelijk vanuit het oogpunt dat veel

psychiatrische medicaties een niet ongevaarlijk bijwerkingsprofiel hebben (bv. Afhankelijkheid of metabole problemen) in combinatie met het placebo-effect.

> *Arts 7: "Als je uitbehandeld bent, kan je dat wel proberen. Ook bij klassieke medicatie helpt 30% ook gewoon omdat het 'geloof is in'. Je moet het kunnen verkopen. Dus voor zo'n mensen, als dat dan helpt, zalig. Maar zelfs in klassiek [ ] is het placebo-effect 30%, dat is niet niks. Dus voor dit ook. En als je de mensen dan kan helpen met een naald of water dan is dat beter dan dat je ze op zware medicatie zet waar ze dan verslaafd aan raken. Dus dat is het proberen waard."*

Nog andere collega's hekelen het gebrek aan *evidence* en betrouwbaarheid van dit soort therapieën bij psychiatrische problematiek. Zij zien zichzelf als huisarts het best geplaatst om hun kwetsbare patiënten hierin advies te verschaffen en te beschermen voor medische en financiële problemen waar nodig.

> *Arts 2: "Ik denk momenteel, net door het tekort aan evidence, dat dit enkel complementair zou mogen gegeven worden. Zoals bijvoorbeeld een patiënt in psychose, die ga je niet puur plantaardige dingen geven. Dat vind ik gevaarlijk. De hoofdbehandeling moet wel evidence based blijven vind ik."*

> *Arts 3: "Als huisarts vind ik het precies meer mijn taak om een soort van bewaker te spelen voor mijn patiënt. Ik denk dat als die patiënt dat zelf wil opzoeken dan mag die dat van mij en dan stimuleer ik dat en dan denk ik dat dat goed is als die denkt daar zijn heil in te vinden. Maar zo van die dingen kunnen heel erg veel geld kosten met dan soms weinig effect en daar probeer ik de patiënt een beetje voor te bewaken. Dus ik ben terughoudend. ik denk, zelf zal ik het niet voorstellen, maar als de patiënt het zelf wil dan zal ik het aanmoedigen om te proberen maar voorzichtig positief zijn en wel de voor en de nadelen in het achterhoofd houden. Ik denk niet direct dat het voor één van bovenstaande groepen beter zou zijn dan voor anderen. Omdat ik zelf eigenlijk ook niet goed weet wat ze daar zouden gaan zoeken."*

> *Arts 1: "Ik zou die mensen daar, wel in eerste lijn op zich, maar niet in eerste instantie mee in aanraking laten komen. Omdat er heel veel verkeerde opvatting ook worden meegegeven vanuit alternatieve geneeskunde, die eigenlijk niet echt stroken met de werkelijkheid. Iemand met bekkenproblemen die terugkomt met 'ja het is mogelijk van de prostaat'. Daar zitten wel wat gevaren in en die mensen zijn heel beïnvloedbaar, denk ik. Er zou toch een soort van richtlijn moet zijn voor alternatieve geneeskunde waarbinnen ze zich moeten beperken. Wat ze meegeven aan de patiënt want er worden soms echt wel gevaarlijke zaken, vind ik dan, verteld. Waar je achteraf, zeker bij die mensen, moeilijk kan ontkrachten dat het daar niets mee te maken heeft. Dus het is soms wel zeker bij beïnvloedbare mensen toch wel gevaarlijke om ze*

*met mensen die je niet kent in contact te brengen. Als je nu weet van: 'dat is een alternatief iemand die zo of zo werkt' dan kan je dat doen. Maar als je nu niemand niet kent, om daar dan zo blindelings te zeggen van: "Ga maar naar daar.", dat vind ik wel [ ]. (Zou je het als arts ooit als alleenstaande therapie durven doen of vind je dat er altijd iets evidence based van psychotherapie of antidepressiva, antipsychotica of coaching/begeleiding moet zijn? Of zou je het alleenstaand durven aanbieden) Ik zou het durven doen, maar dan moet de rest echt wel niet werken. Dan moet de patiënt echt iets hebben van 'Nee ik voel mij kei slecht als ik naar een psycholoog ben geweest. Ik haal daar geen vooruitgang in. Ik betaal daar maar gewoon voor, maar ik haal daar niets uit.". Zelfde met medicatie, van 'Ik kan niets verdragen. Niets helpt en we hebben al heel veel dingen geprobeerd.'. Het kan dan wel, maar dan zou echt de rest moeten wegvallen om reden van: 'Het werkt echt niet.'. In zelfs een twijfelgeval van 'Ja het is misschien niet slecht van dat te blijven doen.', dan zou ik dat blijven doen en daarnaast [ ]."*

Ook het verschil in ziektebeeld is een reden om wel of niet te opteren voor CAG. Bv. slaapstoornissen bij milde depressieve klachten of burn-out komen wel in aanmerking voor bv. een natuurlijk of homeopathisch product. Bij ernstigere depressieve beelden of psychotische klachten is CAG altijd onvoldoende en zal er intensievere medicamenteuze therapie in combinatie met psychotherapie nodig zijn.

*<u>Arts 5:</u> "Ik denk dat het daar gewoon iets moeilijker is, omdat je daar ook echt wel een aangetoond ziektebeeld hebt, waar dat gewoon het placebo-effect minder nuttig kan zijn. Nu bij mensen met een burn-out of een depressie, als dat echt gewoon gaat over slaapstoornissen, kan je nog altijd proberen om te beginnen met je natuurlijke producten en als dat oké is, is dat goed. Maar als er echt een zware depressie is dan ga je sowieso nog uw andere medicatie, die wel EBM is, als in SSRI's enzo, dan ga je die ook nodig hebben. Dan ga je er denk ik niet alleen komen met uw alternatieve geneeskunde. Voor psychoses hetzelfde. Ik denk dat het dus een beetje over de graad gaat. Als je echt met een aangetoonde depressie zit, volgens uw psychiatrische schalen, dan denk ik dat je wel meer gaat nodig hebben. Je kan dan misschien een combinatie doen, maar om het alleen met dat op te lossen [ ]. Psychotherapie is ook allemaal nodig, maar dat is ook allemaal niet alternatief. Dus dan vind ik dat je die ook sowieso nodig hebt."*

Een collega gaf aan dat we soms te 'klantvriendelijk' zijn i.p.v. patiëntvriendelijk. Hiermee wordt bedoeld dat we soms als arts niet voldoende tijd willen steken in het 'waarom' van de depressieve problematiek of slaapprobleem en dat er soms uit gemakzucht een natuurlijk product wordt aangeboden.

*<u>Arts 6:</u> "Ik weet dat we bij onze geneeskunde vaak toch klantvriendelijk willen zijn en dus niet patiëntvriendelijk. Omdat we zeggen: "Ha het gaat niet goed,*

*pak een Sedistress" in plaats van dat je eigenlijk moet zeggen van: "Kijk, ik snap dat het vervelend is, maar jij moet nu aan de slag en jij moet nu werken. Ik kan het niet voor jou oplossen met een pil. Ik wil jou ondersteunen, maar het werk zal wel van jou moeten komen.". En dat is een beetje dat klantvriendelijke eerder dan dat patiëntvriendelijke. Ademhalingsoefeningen bij mensen met burn-out, depressie en dus vooral met een angstige component, lijkt mij zeer nuttig. Omdat het die mensen het gevoel geeft, naar mijn ervaring, dat ze iets in de hand hebben. Dat ze zelf een [ ]. Het gaat om feit dat mensen een vertrouwensverlies ervaren met zichzelf, met hun lichaam. Met die ademhalingsoefeningen en met mindfulness, beiden, leer je eigenlijk weer wat controle te krijgen over je lichaam, leer je dat ook wat aftasten. En leer je je lichaam ook wat te gebruiken als sensor. Dat zijn heel belangrijke dingen om die mensen terug een vertrouwen te doen krijgen in zichzelf. Die hebben daar dan wel een grote meerwaarde voor mij. Andere zaken, zoals Sedistress enzo, liever niet. En homeopathie, zelfs sint-janskruid, zou ik dan liever niet gebruiken. Want dan is de vraag of zulke zaken zoals osteopathie of bijvoorbeeld kiné of massage of het daar bij hen dan draait om een rustige, relaxte setting of [ ]. Iemand die zich volledig focust op u en dan ook nog wat die fysieke component waar je eigenlijk liefelijk of beschermend wordt aangeraakt. Of 'dat' het dan niet meer is. Osteopathie is maar zo goed als degene die het doet."*

**8. Plaats van CAG bij kankerbehandeling zowel in curatieve al palliatieve fase.**

Over de plaats van CAG bij kankerbehandeling zijn de collega's eensgezinder, in curatieve fase niet en in palliatieve fase op vraag van de patiënt. De patiënt blijft steeds centraal staan in deze keuze.

*<u>Arts 8</u>: "In de curatieve fase misschien iets minder. In de palliatieve fase kan dat gewoon een deel zijn van uw beleid. Spiritualiteit is ook een deel van de palliatieve fase. Het is een houvast en dat is voor de meeste mensen het belangrijkste."*

*<u>Arts 1:</u> "Dat vind ik een goede vraag. Curatieve fase, kom ik terug op hetzelfde neer: alleen als adjuvant, aanvoegsel. Of als ze zeggen: "Ik wil het 100%. Ik wil alleen maar natuurlijke dingen", dan is dat hun keuze. Maar ik zou dat sowieso afraden, al mag het van mij natuurlijk, het is jouw lichaam. Bij palliatieve zorg hangt het er natuurlijk vanaf met welke soort je zit. Als het helpt, als je patiënt er beter mee is, wel. Je moet steeds naar je patiënt kijken, vind ik."*

*<u>Arts 5:</u> "Al daar denk ik dat je het ook wel een plaats kan geven, samen gecombineerd met de EBM. Als je echt in de curatieve fase zit ga je meer nodig hebben dan alleen uw alternatieve geneeskunde. Maar ik denk wel dat het eventueel een rol kan spelen voor bijwerkingen van die geneesmiddelen. Voor patiënten die echt in een curatieve fase zitten, die toch ook*

*pijnproblematiek hebben. Of slaapproblematiek hebben die niet zozeer op de voorgrond staan, maar die in hun opzicht misschien wel op de voorgrond staan. Dat je die wel daarmee zal kunnen behandelen. En palliatief heb je het ook meer over uw symptomen en uw ongemakkelijk oplossen. Ook daar kan je misschien de combinatie hebben. Ik weet wel bij palliatieve patiënten, daar vind ik wel dat je bij mensen, die pijn of slaapstoornissen hebben, dat je die zo goed mogelijk proberen helpen. Als je dan met EBM wel verder geraakt, zou ik daarvoor opteren. Nu bij EBM heb je waarschijnlijk ook veel meer bijwerkingen. Dus je moet daar je afweging maken."*

*Arts 7: "Ik zou dat doen op vraag van de patiënt dan eventueel. Als zij dat willen, dan zou ik het wel doen. In onze opleiding homeopathie heb ik les gehad van artsen die gewoon maf [ ]. Onze hoofdarts die zei: "Je hebt klassieke geneeskunde en je hebt homeopathie, maar sluit nooit die klassieke uit""*

Maar één arts gaf toe te weinig kennis van zaken te hebben omtrent deze materie en dat zij er graag meer over zou leren. Zodat naar de toekomst toe een onderbouwde aanbeveling gegeven kan worden.

*Arts 2: "Ik vind het wel belangrijk om te zeggen: "Ik ken daar veel te weinig van.". Eigenlijk zou ik daar wel meer over willen leren. Omdat, één: dan kan ik dingen aanbevelen aan mensen als ik er ook achter sta, maar twee: dan kan ik toch minstens als mensen van bij een arts komen, die niet conventioneel werkt, er tenminste wel een beeld bij maken van 'wat doen die' en dan kan ik het tenminste ook proberen weerleggen als ik het echt echt niet eens ben. Want nu met die patiënte, denk ik heel vaak 'ik ben het niet eens', maar eigenlijk heb ik geen flauw benul wat jij aan het doen bent. Het is dus heel moeilijk om een argument te geven tegen iets wat je niet kent. Dus dat al ten eerste weet ik niet zo goed wat de meerwaarde kan zijn omdat ik het niet ken. Los daarvan denk ik dat het curatief wel kan meehelpen, als je daar als patiënt open voor staat en je voelt je daardoor beter, psychisch, dat dat echt wel kan helpen in je proces. Want das is een kei zwaar proces. Ik heb ook tegen die patiënte gezegd "ik wil niet dat je daarmee stopt, maar ik vind het wel heel zwaar onvoldoende.". Dus ik denk dat het zowel in het curatieve als het palliatieve een plaats kan hebben, maar als extra en voor mensen dat daarvoor openstaan en met mensen die dat willen proberen of wat dan ook. Maar ik denk zeker niet dat dat de basis van je therapie moet zijn. Dat is mijn idee."*

Er werd door één collega gewaarschuwd voor de gevaren van het volle vertrouwen in CAG tijdens het curatieve proces van kanker. De patiënt moet op tijd ingelicht worden over zijn prognose en behandelingsopties.

> *<u>Arts 4:</u> "Ik denk dat het voor kankerpatiënten soms gevaarlijk is om zo nog een irreële houvast te hebben en zo wordt dat soms gebruikt, merk ik op. Ik denk dat het soms nodig is van gewoon eerlijk te zijn tegen die mensen als die in een palliatief stadium zijn. Om te zeggen van kijk het gaat niet goed, het gaat slecht aflopen je gaat te komen overlijden en er is geen behandeling meer mogelijk. En niet van we gaan deze plantaardige geneeskunde nog gebruiken om de mensen nog een idee te geven dat dit curatief nog kan zijn terwijl ze eigenlijk moeten beseffen dat het niet zo is en dat ze dan hun laatste momenten, in dan die palliatieve fase, wel de dingen kunnen doen die ze nog willen doen of moeten doen in een palliatieve fase."*

Een ander inzicht op de zaak was dat bij de curatieve fase eerder EBM gewerkt wordt met een klinisch psycholoog voor angst en depressie i.p.v. CAG. In de palliatieve fase zou men dan weer alles moeten kunnen proberen in het belang van het comfort van de patiënt.

> *<u>Arts 3:</u> "Ik zou er niet direct op komen om het op te starten, eerlijk gezegd. Ik zou het, zeker bij curatieve patiënten, altijd psychologisch opvangen. Ook in eerste stand gewoon met psychotherapie. Ik zou daar niet direct een 'klacht' weten om te zeggen van "Ik ga u nu doorverwijzen naar een alternatief geneeskundig iemand.". Ook niet voor stress of zo bijvoorbeeld, dan zou ik dit laten bespreken, over wat er is gebeurd. Dus eerder naar een klinisch psycholoog sturen dan eerder alternatief. Palliatief denk ik dat er wel een verandering gebeurt bij end of life care. Dat je echt alles kan proberen dat de patiënt nodig heeft. Ik denk dat daar al iets meer vrijheid is en van 'wat dat we kunnen doen, kunnen we doen' is. Ik zou er niet direct opkomen, maar ik denk inderdaad wel dat aromatherapie of een beetje van ontspanning, een beetje 'vergeten van', dat dat op zich wel een mogelijkheid is. Ik denk dat dat wel iets extra kan bieden, maar ik denk wel dat daar in eerste instantie wel psychotherapie of relatietherapie (om met de echtgenote te bekijken hoe het gaat)."*

**9. Profiel van patiënten die vragen naar CAG.**

Sommige artsen vonden eerder dat geslacht en persoonlijkheidsprofiel een rol speelde in de vraag naar CAG

> *<u>Arts 5:</u> "Ik denk vooral eerder vrouwen dan mannen. Zeker die slaapmedicatie. Zowat de angstige types, eerder die. Zowat angstig, licht hypochonder. Eerder die."*

Hieronder worden twee totaal tegengestelde meningen geponeerd. De ene arts zegt dat mensen van andere etniciteit meer vertrouwen in de arts stellen en eerder geneigd zijn om de mening van de arts te volgen. De andere arts geeft net hun etniciteit (en daarmee gepaard gaande trauma's) als reden om toevlucht te zoeken in CAG.

> *<u>Arts 2:</u> "Daar moet ik eventjes over denken. Ik denk dat het in het algemeen [ ]. Wat ik merk is eigenlijk dat de etniciteit, de meer buitenlandse types eigenlijk, meer vertrouwen op mijn woord. Dan bedoel ik, ik heb er niet echt heel veel ik zit in [naam dorp]. Maar ik heb wel het gevoel dat, als ik patiënten heb van Oosterse kanten, dat ik zeg: "Probeer dat" en dat ze vrij snel "ja" zeggen. Andere blanken, onze etniciteit zal ik zeggen, die eerder zoiets hebben van 'Nee ik met die rommel niet hebben'. En eigenlijk die eerder naar fyto en dergelijke aan het gaan zijn, omdat ze er dit of dat van hebben gehoord. Die zijn moeilijk terug naar iets anders te brengen dan wat ze zelf willen. Ik denk dus dat etniciteit daar een klein beetje mee te maken heeft, maar de steekproef op mijn praktijk is niet groot genoeg om dat echt te kunnen zeggen."*

> *<u>Arts 8:</u> "Ohja! Je hebt de [stad] populatie. Die zijn daar veel minder voor. En je hebt de [buurt] populatie, heel veel immigranten. Heel veel stress, heel veel angsten, heel veel oorlogstrauma's. Die vinden dat geweldig. Dus ik heb de indruk dat mensen hoe meer trauma's ze hebben en hoe een minder stevig zelfbeeld die hebben, hoe meer zij daaraan hebben. Het gaat dan om beide profielen. Angstige mensen, maar ook mensen die angstig zijn door hun trauma's. Angst geeft pijn en pijn kan geholpen worden deels door de psyché te helpen. Als een osteopaat pijn kan verhelpen en je gaat zo de pijn verminderen dan kan je ook psychisch hun angst beter genezen. Dus daar vind ik dat zeker wel dat dat kan. Of mensen met zware fibromyalgie die kan je ook daarmee helpen hé."*

De prijs van bepaalde CAG-therapieën lijkt voor artsen soms ook een reden te zijn om wel of niet toevlucht te zoeken tot deze methodes.

> *<u>Arts 3:</u> "Eigenlijk is dat nog wel een boeiende vraag. Want mijn eerste anderhalf jaar heb ik aan [naam wijk] gewerkt en nu in [naam dorp], dus ik heb wel veel verschillende patiëntenpopulaties gehad. Maar ik denk ergens dat prijs wel heel hard meespeelde. Want ik heb dat aan [naam wijk] weinig [ ], ofwel gingen de mensen zonder dat ik dat wist, dat kan ook. Maar daar heb ik dat niet zo vaak gehoord, maar nu hoor ik dat vaak dat die naar een homeopathisch arts gaan. Die betalen daar dan 90 euro voor een consult of zo. In [naam wijk] konden patiënten letterlijk de 1 euro soms niet betalen. Dus ik denk dat gewoon puur financieel mee kan spelen. Want nu zijn er wel meer mensen, denk ik, die dat doen. Of dat met afkomst te maken heeft dat weet ik niet, maar het is mij wel opgevallen dat ik het nu veel meer hoor."*

Nog twee andere artsen gaven aan geen lijn te zien hierin. Ze weten dit eerder aan hun manier van praktijk voeren en het feit dat ze er misschien minder voor open staan.

> *<u>Arts 4:</u> "Ik zie daar niet direct linken. Ik heb ook kwa populatie altijd landelijk gezeten. Ik heb nooit stedelijk gezeten. Mijn populatie is altijd eerder gelijkaardig geweest, autochtoon ook. Ik kan dat niet goed vergelijken ten opzichte van andere groepen eigenlijk. (Ook niet in leeftijden of persoonlijkheden?) Dat zijn dikwijls beïnvloedbare mensen, vind ik. Als je dingen heel goed kunt verkopen dan vinden die mensen dat goed. Als ik daar met heel veel schwung een lege capsule verkoop dan gaan die vinden dat dat goed macheert. Dat is mijn idee daarvan, dat je een goed placebo-effect kan verkopen en zoveel te duurder dat het is zoveel te beter zou het macheren voor die mensen. Ik zit nu bijvoorbeeld wel in een redelijk gegoede buurt, zal ik zeggen, maar ik heb niet de indruk dat het super veel gebruikt wordt."*

> *<u>Arts 7:</u> "Ik kan dat niet zien. Omdat ik denk dat zo'n mensen direct al op zoek gaan naar artsen die dat doen. En dat ze bij ons niet met die vraag komen. [naam andere arts] zal daar misschien wat meer over kunnen zeggen. Omdat hij veel acupunctuur heeft gedaan. In het begin had hij niet veel werk en heeft hij dat ook gebruikt om wat bekend te worden. Zo heeft hij ook veel patiënten kunnen opbouwen. Maar ik denk dat patiënten dat zelfs niet komen vertellen. Dat dat een gescheiden circuit is, zal ik zeggen. Omdat ze schrik hebben dat je er niet over voor staat. Dat je het afbreekt*."

Nog andere collega's menen dat leeftijd en kennis van gezondheid en gezondheidszorg hier iets mee te maken heeft. De oudere mensen zouden volgens hen eerder in het reguliere geneeskundige circuit terechtkomen omdat zij lijden aan zoveel verschillende soorten pathologie dat er sowieso specialistische opvolging nodig is.
Ook hun eigen kennis over hun pathologie zou volgens een van de artsen een rol spelen in de vraag naar CAG. Mensen die goed inzicht hebben in hun problematiek en de mogelijke oplossingen gaan volgens deze arts minder vragen naar CAG. Terwijl mensen die eerder een 'externe *locus of control'* hebben en minder onderlegd zijn in hun problematiek meer geneigd zullen zijn toevlucht te zoeken in CAG-methodes.

> *<u>Arts 5:</u> "Niet bij de oudere leeftijd, omdat er meestal dan ook wat somatische zaken worden bekeken en daar verder onderzoek naar wordt gedaan. Daar gebeurt het denk ik sowieso al minder snel. Ze hebben al genoeg problemen, waarbij je minder één probleem gaat oplossen met alternatieve geneeskunde. Zij blijven toch hun totaalpakket hebben met multipathologie, dus daar past dat ook minder in. Zij gaan dus ook minder zeggen van [ ]. Dus die ouderen populatie met hun multipathologie die minder. Van andere etniciteit kan ik eigenlijk zelfs niet zeggen dat ik het ooit heb gehad, maar dat kan natuurlijk ook zijn omdat ik niet in een stad werk. Ik heb niet echt de goede statistieken om te zeggen [ ]. Ik kan dus moeilijk de vergelijking maken tussen andere etniciteit omdat ik altijd maar met één groep gewerkt heb. Ik heb natuurlijk al een paar allochtonen gehad, maar niet te veel dus ik kan daar moeilijk een*

*database van hebben van dat is meer of minder. Ik denk wel vrouwen nog iets meer dan mannen, dat denk ik wel."*

*<u>Arts 6:</u> "Ik denk dat mensen die de high health literate zijn. Dat betekent dus mensen die een goede kennis hebben over gezondheid. Die data kunnen interpreteren over gezondheid en dat ook kunnen implementeren op een effectieve manier om hun gezondheid te verbeteren. Dat die dat minder hebben. Omdat die ook niet op zoek moeten gaan naar iets dat hen kan helpen. Die gaan naar de kinesist gaan, die hebben al oefeningen opgezocht voor hun nek. Ander kant van het spectrum: low health literate mensen, denk ik dat daar absoluut mee afkomen. Waarom? Omdat niets werkt. Omdat je wel pilletjes kan voorschrijven, maar als je ze niet pakt, of als je ze niet correct pakt, of als je niet luistert naar de adviezen die gegeven worden. Dan werkt geneeskunde niet. Dan ga je op zoek naar geneeskunde die wel werkt. Plus dat er ook gewoon, dacht ik toch, wel een correlatie is tussen hoe zelfstandig patiënten omgaan met ziekte en hun sociale situatie. En dan ook de mensen met een lang ziekteproces natuurlijk."*

**10. Trends**

Tenslotte bespraken we de mogelijke trend van vraag naar CAG in de toekomst. Slechts één van de artsen gaf aan te denken dat de vraag naar CAG niet zal stijgen en eerder zelfs afnemen. Omdat voor deze therapieën geen terugbetaling bestaat.

*<u>Arts 7:</u> "Zoals ik als zei denk ik dat dat echt gescheiden is. Ze komen naar ons voor een klassieke [ ]. Willen ze iets anders dan vragen ze dat aan hun buren en hun [ ] en komen ze dat hier ook niet vertellen. Ik denk niet dat de vraag per se zal stijgen door het wantrouwen na COVID. Waarom? Door de centjes. Dat is niet terugbetaald allemaal. Dat geloof ik dus echt niet. En mensen vergeten rap hé! Dat wantrouwen in vaccinatie. Eerlijk gezegd in onze praktijk valt dat goed mee."*

Eén collega gaf aan het niet te weten en dicht de media (in de brede zin van het woord) een belangrijke rol toe.

*<u>Arts 5:</u> "Ik denk dat het allemaal afhangt van hoe de media daarop inspeelt. Ik heb niet echt een idee of het gaat stijgen of dalen."*

Verder gaf het grootste deel van de artsen aan dat ze een vermoeden hebben dat de vraag gaat naar CAG-methodes zal stijgen om verschillende redenen. Meer research naar CAG, wantrouwen in de 'big pharma' aangezwengeld door de COVID-19 pandemie. Ook zou stijgende sociale en psychologische onrust een mogelijkheid de vraag kunnen doen toenemen.

*Arts 1: "Ik denk stijgen in het algemeen. Eén omdat er meer naar wordt onderzocht en vaak komt er dan uit dat er minder bijwerkingen zijn, lijkt mij. Voor misschien een iets minder goede functie, maar toch deftige functie. En twee ik heb het gevoel dat de wereld toch wat meer multicultureel aan het geraken is en iedereen is wat meer geïnteresseerd aan het geraken in andere dingen en horen van dit en dat. Dus dat de westerse geneeskunde eigenlijk een beetje meer aan het openen is of aan het uitbreiden is naar [ ]. Hoewel ik wel denk dat het altijd op de tweede lijn gaat blijven, maar het gaat wel meer aangeboden worden, dat wel."*

*Arts 4: "Ik denk ik dat de vraag eerder gaat toenemen en ik denk dat COVID daar de reden voor is. Alle misinformatie die gegeven is betreffende vaccins en betreffende de ziekte. Is er inderdaad meer wantrouwen ten opzichte van de klassieke geneeskunde en gaan mensen dat dan ergens anders zoeken."*

*Arts 5: "Ik denk dat er zeker wel een plaats gaat blijven en zelfs eventueel nog gaat stijgen met de sociale en psychologische problematiek die er is. Dat er veel mensen wel deugd aan hebben om daarbij te worden opgevolgd. Dat is dan een beetje een vertrouwenspersoon voor veel mensen. Ook iemand die ze makkelijk kunnen bereiken voor de problemen zelf. Omdat ze daar altijd wel mee zijn geholpen. Om het echt voor te schrijven tussen de grote kadering, niet. Omdat er dan te weinig evidence based is en te weinig data om op te stateren van: 'wie dat je naar waar moet sturen. Wie, wat kan betekenen voor iemand.' Ik denk dat daar te weinig sturing en kennis van is, wie, waar effect bij heeft. Om ze nu bij iedereen te gaan sturen, dat gebeurt ook niet zoveel. Dus ik denk degene die je zelf doet is vooral osteopaat voor dry needling, acupunctuur en osteopathie voor hun meer mondeling uitleg van klachten. Dus het enige dat we echt kennen is dan toch een osteopaat."*

*Arts 6: "Ik denk dat de vraag nog gaan stijgen. Ik denk sowieso met COVID hebben mensen plots allemaal het gevoel dat ze heel veel weten en kunnen. Plots hebben ze allemaal gestudeerd voor meer dan 9 jaar. Dus ik denk dat daaruit nog heel wat bewegingen gaan komen. Want zoals dat plots bij COVID boven kwam. Mensen kwamen precies uit de lucht gevallen dat je een hoger tromboserisico hebt van de pil. Terwijl bij elke consultatie voor de pil, wordt dat gezegd. Plots is dat 'oh nee'. Ook op sociale media zijn er dan meisjes die massaal stoppen met de pil. Oké, wat ga je dan doen? Dan trekken ze naar andere oplossingen. Dan is het of de condoom of als je je al laat beïnvloeden door zoiets coitus interruptus en dergelijke. Of borstvoeding gebruiken als manier van anticonceptie. Dus daar vrees ik wel dat dat sterk gaat toenemen. En dat er wel een soort van reglementering [ ]."*

*Arts 8: "Ik denk dat dat bij bepaalde dingen gaat stijgen. Dus van bepaalde dingen gaan we veel meer weten, daar gaat de trend dalen. Maar bepaalde*

*dingen gaan we niet weten en patiënten hun vraag wordt maar groter, om genezen te worden. Van dingen waarvan we in de geneeskunde nog te weinig hebben en niet kunnen genezen, daarvan gaat de vraag heel groot worden."*

# 4. Discussie

## 4.1. Samenvatting belangrijkste bevindingen

Op basis van de van hoger beschreven resultaten volgt hieronder een opsomming van de belangrijkste bevindingen.

- CAG heeft zeker een plaats in de eerste lijn, maar eerder aanvullend en nooit op zichzelf staand
- CAG is als begrip niet nauw genoeg gedefinieerd
- Klantvriendelijkheid primeert bij artsen i.p.v. patiëntvriendelijkheid. Daarnaast blijkt er onduidelijkheid over de impact van het placebo-effect tijdens het behandelingsproces met CAG
- *Health literacy* van patiënten speelt een belangrijke rol in gebruik van CAG.
- Er zijn grote verschillen in meningen en opvattingen over CAG onder artsen onderling. Ook voor wat betreft de kennis over CAG zijn er grote verschillen.
- CAG heeft een plaats bij bepaalde ziektebeelden (CVS, fibromyalgie)
- CAG heeft een plaats bij bepaalde persoonlijkheidsprofielen (angstig, onzeker, afhankelijk). Toch is er voorlopig geen consensus over een volledig patiëntprofiel.

De resultaten uit deze studie brengen de attitude van eerstelijnsartsen in Vlaanderen t.o.v. CAG in beeld. CAG verdient volgens deze studie zeker een plaats in eerste lijn. Dit voornamelijk als '*add-on'* therapie of als spreekwoordelijke 'stok achter de deur'.

Verder geeft het merendeel van de artsen aan op een of andere manier gebruik te maken van CAG. Het begrip CAG zou voor toekomstig onderzoek nauwer gedefinieerd moeten worden om specifiekere resultaten van verschillende vormen (osteopathie, homeopathie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie,...) te bekomen. In deze studie was de term bewust overkoepelend gehouden om een zo breed mogelijk beeld te schetsen en te pijlen naar de kennis en ervaring bij de artsen.

Het feit dat de medische wetenschap niet altijd is afgesteld op de behoeften van de patiënt zorgde ook in deze studie voor veel discussie. Artsen gaven aan zelf goed te weten wat ze zouden aanraden bij bepaalde problemen maar zouden dit niet altijd even goed overbrengen aan de patiënt. Hier steekt het verschil tussen 'klantvriendelijkheid' en 'patiëntvriendelijkheid' weer de kop op. Zoals bijvoorbeeld bij rugproblemen nog steeds snel naar beeldvorming gegrepen wordt, terwijl de evidentie dit enkel aanraadt bij eventuele motorische uitval. Daarnaast is het niet altijd duidelijk of CAG-methoden effectief zelf werkzaam is, of of er sprake is van het placebo-effect.

Ook het '*health literate'* (mate van geneeskundige kennis van de patiënt) niveau van patiënten zou volgens een geïnterviewde arts een rol spelen. Hoge '*health literate'*

patiënten zouden volgens deze arts meer vertrouwen stellen in EBM-methodes en hun artsen omdat ze tot op zekere hoogte begrijpen waar de arts naar toe wilt. Lage '*health literate*' patiënten zouden dit proces veel minder goed kunnen volgen en dus sneller naar verscheidene CAG-methodes grijpen.

Het was duidelijk dat artsen individueel hun eigen mening hebben over wat CAG betekent. Vaak bleven de artsen hangen bij de CAG-methoden die ze al kenden en gingen ze hier dieper op in. Het was voor de onderzoeker moeilijker om andere methoden te bespreken gezien de kennis en ervaring van de artsen ontoereikend was. Artsen gaven niet gemakkelijk toe er te weinig van te kennen.

Voor ziektebeelden waarover in de medische literatuur nog onduidelijkheid heerst, zoals bijvoorbeeld CVS en fibromyalgie, kan CAG volgens de ondervraagde artsen een deel van de behandeling vormen.

Over het feit of er een bepaald patiëntprofiel (leeftijd, geslacht, financiële status, etniciteit,...) zou bestaan voor het meer of minder gebruiken van CAG was er totaal geen overeenkomst tussen de artsen. De onderzoeker zelf kon hier ook geen lijn in terug vinden. Er werd niet direct een verband gevonden tussen leeftijd/ervaring en attitude t.o.v CAG-toepassingen. Wel zouden deze therapieën meer nut kunnen hebben bij meer angstige, onzekere en afhankelijke profielen, aldus de geïnterviewde artsen.

### 4.2. Resultaten afgezet tegenover bestaande literatuur

Ostermaier et al. beschreef dat *watchful waiting*, geruststelling en empathische conversaties soms niet toereikend waren om om te gaan met therapeutisch 'indifferente' situaties d.w.z. situaties waar medicatie of andere behandelingsopties niet direct nodig geacht worden door de arts zelf. In dit soort situaties werd CAG vaak aangewend als oplossing voor deze problemen we zien dit ook terugkomen tijdens de interviews in deze studie. Ook de ondervraagde artsen in deze studie voelden de noodzaak om een oplossing te voorzien. Slechts een arts gaf aan dat we te 'klantvriendelijk' werken en niet 'patiëntvriendelijk' door steeds CAG aan te bieden i.p.v. dieper op het probleem in te gaan.

Artsen gaven aan CAG een nuttige aanvullingen of behandeling te vinden bij ziektebeelden zoals fibromyalgie of CVS. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de pathofysiologie van deze aandoeningen nog onvoldoende gekend is, waardoor er nog geen EBM-richtlijnen bestaan voor de behandeling. Ook de eerder functionele aard van klachten doet artsen grijpen naar CAG-methodes. Een reden hiervoor zou opnieuw kunnen zijn dat artsen sowieso een oplossing willen bieden ook al vinden ze behandeling zelf niet direct nodig.

Bij psychiatrisch belaste patiënten zien de artsen eerder een plaats voor CAG bij milde tot matige angststoornissen of eerder angstige persoonlijkheden. Elk ernstig psychiatrisch ziektebeeld behoeft steeds een medicamenteus en/of therapeutisch

beleid. In de literatuur die weerhouden werd voor deze studie wordt hier niet direct verder op ingegaan.

In een nationale Amerikaanse studie van Gardiner et al. werd de attitude van verantwoordelijke artsen van de faculteit huisartsgeneeskunde onderzocht t.a.v CAM/*integrative medicine* (IM) . Meer dan de helft (58%) van deze artsen vonden dat CAM/IM een belangrijk deel vormde van de opleiding tot eerstelijnsarts. Dit cijfer komt ook terug in de online bevraging van deze studie waar 60% van de bevraagden vindt dat CAG een plaats heeft in de eerstelijnszorg.

Een Canadese studie van Gaboury et al suggereert dat een soort CAG-module geïntegreerd zou kunnen worden in de opleiding tot eerstelijns arts. In deze studie geeft 54% van de artsen aan dat ze dit niet nodig vinden.

In de studie van het KCE 'End of life care' zien we dat alternatieve en complementaire geneeskunde een plaats heeft in de palliatieve behandeling (van voornamelijk kankerpatiënten) met de nadruk op het symptoomverlichtend karakter van de therapieën. Ook de artsen in dit onderzoek gaven aan dat CAG voornamelijk een plaats had in de palliatieve setting ter symptoomverlichting en niet in de curatieve setting van de kankerbehandeling.

### 4.3. Sterktes en zwakten

**1. Sterktes**

De studie werd getrapt uitgevoerd d.w.z. zowel een online bevraging bij een groter publiek als semigestructureerde diepte-interviews. Dit gaf de onderzoeker meer ruimte om een uitgebreidere bevraging te doen en tegelijkertijd toch kwaliteitsvolle details te vergaren. Het is een van de eerste studies omtrent de attitude van eerstelijnsartsen t.o.v. CAG in Vlaanderen. De semigestructureerde interviews gaven een forum aan artsen om vrijuit te spreken over hun ervaringen, kennis en meningen omtrent CAG. Deze studie geeft een basis aan vervolgonderzoek om nog specifieker onderzoek te doen.

**2. Zwakten**

Deze studie had jammer genoeg maar een beperkt aantal respondenten. Er kunnen een paar mogelijke oorzaken geformuleerd worden nl. de COVID-19 pandemie en daarmee samenhangende drukte in eerste lijn, de verspreiding van de vragenlijst online en het vrijblijvende karakter ervan. Om die reden werden merendeels huisartsen in opleiding geïnterviewd, wat eventueel voor een vertekend beeld van de interviews zou kunnen zorgen.
Daarnaast biedt kwalitatief onderzoek typisch maar één blik op de resultaten. Ook van eventuele interviewerbias zou sprake kunnen zijn.

### 4.4. Suggesties voor verder onderzoek

Het zou mooi zijn geweest als meer artsen hadden aangegeven te weinig kennis van zaken te hebben en interesse in bijscholing. De meerderheid van de artsen gaf aan

dat CAG een plaats in eerste lijn verdiende (onder bepaalde voorwaarden), maar de vraag naar bijscholing was eerder algemeen van aard. Artsen gaven aan kort te willen bijscholen over verschillende CAG-methodes om hun patiënten goed te kunnen voorlichten en niet noodzakelijk om het zelf meer toe te passen. Ook in de literatuur wordt bevestigd dat voornamelijk laatstejaars studenten geneeskunde aangaven meer te willen bij leren over van CAG (8) De meerderheid van artsen gaf aan dat verder onderzoek naar verschillende CAG-methodes zeker nodig is en dat ze het zelf zouden willen toepassen als er een richtlijn zou rond bestaan, wat per definitie maakt dat de onderzochte methode EBM en dus niet complementair noch alternatief is. Deze paradox wordt meermaals duidelijk in deze studie.

### 4.5. Conclusie

Dit is een van de eerste studies in Vlaanderen van deze aard. Het is duidelijk dat het begrip CAG nog te vaag omschreven is om hieromtrent heel specifiek onderzoek te doen. Deze studie dient dan ook als basis en verder onderzoek is zoals steeds aangewezen.

## Bijlage 1: Literatuurlijst

1.Ostermaier A, Barth N, Linde K. How German general practitioners justify their provision of complementary and alternative medicine - a qualitative study. BMC complementary medicine and therapies. 2020;20(1):111.
2.Ostermaier A, Barth N, Schneider A, Linde K. On the edges of medicine - a qualitative study on the function of complementary, alternative, and non-specific therapies in handling therapeutically indeterminate situations. BMC family practice. 2019;20(1):55.
3.Gaboury I, Johnson N, Robin C, Luc M, O'Connor D, Patenaude J, et al. Complementary and alternative medicine: Do physicians believe they can meet the requirements of the Collège des médecins du Québec? Canadian family physician Medecin de famille canadien. 2016;62(12):e772-e5.
4.Gardiner P, Filippelli AC, Lebensohn P, Bonakdar R. Family medicine residency program directors attitudes and knowledge of family medicine CAM competencies. Explore (New York, NY). 2013;9(5):299-307.
5.Muecke R, Paul M, Conrad C, Stoll C, Muenstedt K, Micke O, et al. Complementary and Alternative Medicine in Palliative Care: A Comparison of Data From Surveys Among Patients and Professionals. Integrative cancer therapies. 2016;15(1):10-6.
6.Albedah AM, El-Olemy AT, Khalil MK. Knowledge and attitude of health professionals in the Riyadh region, Saudi Arabia, toward complementary and alternative medicine. Journal of family & community medicine. 2012;19(2):93-9.
7.Akan H, Izbirak G, Kaspar EC, Kaya CA, Aydin S, Demircan N, et al. Knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine among medical students in Turkey. BMC complementary and alternative medicine. 2012;12:115.
8.Alzahrani SH, Bashawri J, Salawati EM, Bakarman MA. Knowledge and Attitudes towards Complementary and Alternative Medicine among Senior Medical Students in King Abdulaziz University, Saudi Arabia. Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM. 2016;2016:9370721.
9.Wardle JL, Sibbritt DW, Adams J. Referral to massage therapy in primary health care: a survey of medical general practitioners in rural and regional New South Wales, Australia. Journal of manipulative and physiological therapeutics. 2013;36(9):595-603.

10. KCE, Van den Broeck K, Schmitz O, Aujoulat I, appropriate care at end of life. 2017

11. Philp, J. C., Maselli, J., Pachter, L. M., & Cabana, M. D. (2012). Complementary and alternative medicine use and adherence with pediatric asthma treatment. *Pediatrics*, *129*(5), e1148–e1154

# Protocol: Alternatieve en complementaire geneeskunde in de Antwerpse eerstelijnszorg – een kwalitatieve studie

Gijbels Mathijs, Universiteit Antwerpen

Promotor: Kris Van Den Broeck, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019-202

*Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.*

*Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.*

**Contacten**

| | |
|---|---|
| Onderzoeker | Gijbels Mathijs<br><br>Mathijs.gijbels@student.uantwerpen.be |
| Studiecoördinator | Kris Van Den Broeck<br>kris.vandenbroeck@uantwerpen.be |
| Sponsor | Geen |

Gijbels Mathijs, master in de geneeskunde, is huisarts in opleiding aan de Universiteit Antwerpen.

Kris Van Den Broeck is visiting professor aan de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen aan de universiteit Antwerpen en titularis van de Leerstoel Public Mental Health.

De auteurs vermelden geen belangenvermenging.

**Samenvatting van de studie**

| | |
|---|---|
| Titel | Alternatieve en complementaire geneeskunde in de Antwerpse eerstelijnszorg |
| Opzet | Kwantitatieve online bevraging onder de huisartsen<br><br>Kwalitatieve studie - semigestructureerde interviews |
| Deelnemers | Huisartsen uit de Antwerpen |
| Grootte van deelnemersgroep | Enquête: liefst zo veel mogelijk.<br><br>Interviews: 12 semi-gestructureerde interviews met huisartsen uit Antwerpen. |
| Geplande tijdsschema | Aanvraag bij ethisch comité indienen: 09/2020- 12/2020 Interviews verzamelen: 01/2021 – 12/2021 Analyse van de data en beschrijven van resultaten: 01/2022 – 05/2022 |
| Onderzoeksvragen | Wat is de perceptie van alternatieve en complementaire geneeskunde bij huisartsen in Antwerpen?<br><br>Op welke manier implementeren huisartsen alternatieve en complementaire geneeskunde in hun dagdagelijkse praktijk (of helemaal niet)? |

**Studieprotocol**

## 1. Achtergrond en rationale

De complementaire en alternatieve geneeskunde wordt vaak in een vergeethoek gestoken, maar is wel duidelijk aanwezig in de dagdagelijkse praktijk (bv.bij de behandeling Menopauzale klachten, kinderen met astma, verscheidende sportblessures) . Ik wil aan de hand van deze masterproef erachter komen wat het algemeen beeld is bij huisartsen en/of ze er al dan niet (positieve of negatieve) ervaringen mee hebben.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30868921/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31003669/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24209727/

In 2017 publiceerde het KCE nog een mooi onderzoek in het kader van 'End of life Care'. In deze studie zien we ook dat alternatieve en complementaire geneeskunde een plaats heeft in de palliatieve behandeling (van voornamelijk kanker patiënten) met de nadruk op het symptoomverlichtende karakter van de therapieën. De onderzoeksevidentie hieromtrent is nog minimaal en dient verder onderzocht te worden.

https://kce.fgov.be/nl/node/3923

## 2. Onderzoeksvraag

1. Wat is de plaats van complementaire en alternatieve geneeskunde in de eerste lijn in Antwerpen?

### Doelstelling

Meer informatie verzamelen over het gebruik van complementaire en alternatieve geneeskunde en hoe huisartsen hiermee omgaan.

### Uitkomst

Het onderwerp alternatieve en complementaire geneeskunde bespreekbaar maken en bekijken vanuit een wetenschappelijk maar ook maatschappelijk standpunt onder professionals.

## 3. Studiemethode en datacollectie

Dit is een getrapte studie.

Eerste trap

Aan de hand van een online enquête zal de Antwerpse huisartsenpopulatie bevraagd worden over hun standpunt omtrent complementaire en alternatieve geneeskunde. Er zal eveneens nagegaan worden of ze zelf regelmatig complementaire en alternatieve therapieën gebruiken of voorschrijven. Meer specifiek zal er gevraagd worden naar hun kennis, ervaring en mening hieromtrent. Vervolgens zullen de enquêtes geanalyseerd worden. Aan de hand van de analyse zullen enkele respondenten worden uitgenodigd voor een interview. De huisartsen zullen op het einde van de enquête gevraagd worden of zij met een dergelijk interview instemmen.

Steekproefgrootte is 60 respondenten van de online-enquête. Als we rekening houden met ongeveer 20% responsieratio worden 295 artsen aangeschreven om online de enquête in te vullen.

Tweede trap

Gegeven de aard van de vraag, wordt er gekozen om te werken aan de hand van semigestructureerde interviews. Een interview is een effectieve manier om een grote hoeveelheid informatie te verkrijgen uit een beperkte groep deelnemers. Het is ook de aangewezen vorm van informatieverzameling om ervaringen en meningen te bevragen. Er wordt gekozen voor persoonlijke interviews zodat er geen weerstand is om vrijuit te spreken in groep. Na het verkrijgen van een *informed consent* wordt het interview zoals beschreven in bijlage 1 persoonlijk of online afgenomen door de onderzoeker (SM). De interviews zullen worden opgenomen zodat de data nadien herbekeken kan worden.

Steekproefgrootte 12 huisartsen uit de groep van naar verwachting 60 huisartsen die de online-enquête invulde. Vergroting van de steekproef kan steeds plaatsvinden indien de saturatie van de data nog niet bereikt is.

(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16573666/

https://guides.lib.vt.edu/researchmethods/interviews)

## 4. Rekrutering

4.1 Inclusiecriteria

Rekrutering via online bevraging bij huisartsen in Antwerpen.

Respondenten zullen worden uitgenodigd voor een semigestructureerd interview.

4.2 Exclusiecriteria

Geen gedefinieerd.

## 5. Analyse

De opgenomen interviews worden gepseudonimiseerd uitgeschreven en gecodeerd. Met het oog op de werkelijkheid van de respondent zo goed mogelijk te benaderen worden deze aangevuld met de persoonlijke notities van de interviewer. De interviews worden meermaals gelezen en via gemaakte notities begint het uitwerken van de analyse.

In een eerste stap worden open codes toegekend aan de transcripten. Deze codes worden gereorganiseerd onder hogere axiale of interpretatieve codes. Deze codes worden geordend in een codeboek. Het codeboek wordt de leidraad voor het verdere coderingsproces. Nadien worden alle codes geordend in thema's. De analyse gebeurt manueel via het programma Excel. Het analyseren gebeurt vroeg in het onderzoek om een cyclisch proces van dataverzameling en analyseren te verwezenlijken.
Voor rapportering van het geanalyseerde materiaal wordt gebruikgemaakt van citaten zodat het originele verhaal van de respondent behouden blijft.
Tussen de verschillende interviews wordt gezocht naar verbanden die informatie geven over de transfereerbaarheid van de data. De beheerder van deze databank en codetabel is de promotor van dit onderzoek met name Kris Van Den Broeck.

**6. Ethiek**

Er zijn geen risico's verbonden aan de deelname aan de studie. Goedkeuring door het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen zal worden gevraagd.

De data wordt zal worden geanonimiseerd en na de analyse zullen de data van de interviews verwijderd worden.

Deelnemers zullen ten allen tijde de mogelijkheid hebben om de medewerking aan de studie stop te zetten.

**INFORMATIEDOCUMENT VOOR DE DEELNEMER AAN EEN NIET-COMMERCIEEL EXPERIMENT OP DE MENSELIJKE PERSOON**

**Titel van het onderzoek:**
*Alternatieve en complementaire geneeskunde in de Antwerpse eerstelijnszorg – een kwalitatieve studie.*

**Opdrachtgever:**
*Universiteit Antwerpen*
*Prinsstraat 13*
*2000 Antwerpen*
*Tel: + 32(0)3 265 41 11*

**Promotor(s):**
*Kris Van Den Broeck, Chair public and mental health*
*Universiteit Antwerpen*

**Onderzoeker(s):**
*Gijbels Mathijs*
*Email: Gijbelsmathijs@gmail.com; GSM: 0477.489.478*
*UAntwerpen*

**Contactpersoon voor informatie:**
*Gijbels Mathijs*
*Email: Gijbelsmathijs@gmail.com; GSM: 0477.489.478*
*UAntwerpen*

**Commissie voor Medische Ethiek:**
Ethisch Comité UZA-UA
UZA, Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem
Tel +32 3 821 38 97 - Fax +32 3 821 42 54
Ethisch.Comite@uza.be

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek met betrekking tot *Bevraging van uw ervaringen/kennis/mening als professional (huisarts) met betrekking tot alteratieve en complementaire geneeskunde in de eerstelijnszorg in Antwerpen.*
Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest.

## 1. Studiespecifieke inlichtingen

Goedkeuring van het ethisch comité van het UZA werd gevraagd.

**Doel en beschrijving van het onderzoek**

Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan, naar verwachting in totaal ongeveer 15 personen zullen deelnemen.

Onze patiënten wenden zich in de praktijk regelmatig tot complementaire en alternatieve geneeskunde, omwille van verschillende redenen (bv. slechte ervaringen diagnosestelling en behandeling, goede ervaringen met complementaire en alternatieve geneeskunde). De huisarts wordt hier hoe dan ook mee geconfronteerd in zijn/haar werkzaamheden. Het is dus een realiteit, ondanks de beperkte onderzoeksevidentie. In deze studie willen daarom nagaan hoe huisartsen die realiteit inschatten en beleven.

Dit is een *observationele* studie. Dit betekent dat er bij u als deelnemer een semi-gestructeerd interview wordt afgenomen i.k.v uw ervaringen met en kennis over algemene en complementaire geneeskunde.

Indien u aanvaardt om aan dit onderzoek deel te nemen en indien u voldoet aan alle voorwaarden voor deelname, dan zal er een semi-gestructureerd interview van u worden afgenomen.

**Duur van het onderzoek**

Dit eindwerk is een noodzakelijke stap voor het behalen van een diploma Master in de Huisartsgeneeskunde. De titel van het eindwerk is: 'Complementaire en alternatieve geneeskunde in de Antwerpse eerstelijnszorg'. Aan de hand van een vragenlijst zal in een eerste fase cijfermateriaal verzameld worden over het toepassen van uw standpunt t.o.v. complementaire en alternatieve geneeskunde. Vervolgens zal u uitgenodigd worden om vrijwillig deel te nemen aan een één-op-één interview. Hierin zullen er vragen gesteld worden over uw mening, kennis en ervaring omtrent complementaire en alternatieve geneeskunde. Dit gesprek zal maximum één uur bedragen. De bevraging zal door mezelf gebeuren. De gesprekken zullen worden opgenomen en uitgeschreven. De resultaten van de bevraging worden enkel gebruikt in het kader van deze studie en persoonlijke gegevens worden vernietigd

## 2. Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek

**Vrijwillige deelname**

Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, dient u deze informatiefolder te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht te weigeren eraan deel te nemen.

U heeft ook het recht om uw deelname aan het onderzoek op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen.

~~Uw deelname aan het onderzoek kan ook, zonder uw toestemming, op elk ogenblik stopgezet worden door de onderzoeker(s), het Ethisch Comité of de opdrachtgever. Mogelijke redenen voor zulke beslissing kunnen onder andere zijn:~~

- ~~U houdt zich niet aan de instructies voor deelname aan het onderzoek~~
- ~~Uw verdere deelname blijkt schadelijk te zijn voor u~~
- ~~Er wordt tijdens het onderzoek vastgesteld dat u toch niet of niet meer aan de voorwaarden voor deelname voldoet~~

**Aansprakelijkheid en verzekering**

Indien u schade ondervindt als gevolg van uw deelname aan dit onderzoek, zal u of uw rechthebbenden door de opdrachtgever van dit onderzoek vergoed worden voor deze schade, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen.

De opdrachtgever heeft een foutloze verzekering afgesloten die de eventuele schade dekt die zou voortvloeien uit dit onderzoek. U of uw rechthebbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik deze verzekeraar rechtstreeks dagvaarden.

**Kosten en vergoeding**

Deze studie zal voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen. Alle kosten die voortvloeien uit uw deelname aan het onderzoek zijn voor rekening van de onderzoeker of de opdrachtgever. ~~Kosten~~

~~die geen verband houden met de studie doch deel zijn van uw behandeling, blijven ten laste van u en uw ziekenfonds en/of verzekeraar.~~

**Bescherming van uw persoonlijke levenssfeer**

Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met het onderzoek.

Om uw privacy te garanderen met betrekking tot het bewaren en verwerken van de gegevens in het kader van deze studie, worden uw gegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat uw naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen worden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeuren op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en uw persoon wordt wel bewaard . Deze link wordt enkel gebruikt om in uw eigenbelang bepaalde informatie naar u te kunnen terugkoppelen.

**Bescherming van uw persoonsgegevens**

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw persoonsgegevens die in het kader van dit onderzoek worden verzameld.

U kan de toestemming om uw gegevens te verzamelen en te verwerken op elk moment intrekken. Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw oorspronkelijke toestemming het gebruik toelaten van de over u verzamelde gegevens met betrekking tot de periode dat u in het onderzoek ingesloten was.

Enkel personen die rechtstreeks bij het onderzoek betrokken zijn, zullen toegang hebben tot uw persoonsgegevens. Uw gegevens worden niet doorgegeven aan derden.

De onderzoekers zullen uw gegevens bewaren gedurende een periode van *20 jaar*.

U heeft het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is. U kan vragen om bepaalde gegevens te verbeteren of te wissen, of om uw gegevens niet meer te gebruiken.
Alle gegevens die van u verzameld worden, zullen behandeld worden in overeenstemming met de “Richtlijn tot bescherming van individuen betreffende het verwerken van persoonlijke gegevens” en de nationale wetgeving die daarop van toepassing is. De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation (AVG/GDPR) – EU2016/679) en de Belgische wetgeving die deze verordening verder uitwerkt.

Het Universitair Ziekenhuis Antwerpen is als opdrachtgever van de studie verantwoordelijk voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Zij heeft daartoe een functionaris voor de gegevensverwerking aangesteld.

Vragen betreffende het beheer van uw gegevens kan u stellen aan de onderzoeksarts (zie contactgegevens op pagina 1)

Wanneer u vindt dat uw rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens onvoldoende worden gerespecteerd, kan u steeds terecht bij de functionaris voor de gegevensbescherming die desgevallend de nodige maatregelen zal treffen. U hebt ook het recht om een klacht in te dienen bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit.

Meer informatie kan u nalezen op https://www.uza.be/privacy.html.

We hopen u met dit document voldoende informatie te hebben gegeven over het onderzoek.

U heeft het recht om op elk ogenblik bijkomende vragen te stellen over de inhoud, het doel of het verloop van het onderzoek, over de mogelijke en/of bekende voor- en nadelen die dit onderzoek voor u inhoudt, enz.. U kunt zich daarvoor wenden tot de onderzoeker(s) *(en de hierboven genoemde contactpersoon)*.

Datum *(dag/maand/jaar)*

Gijbels Mathijs HAIO

S0134871 UAntwerpen

**TOESTEMMINGSFORMULIER**

# Alternatieve en complementaire geneeskunde in de Antwerpse eerstelijnszorg – een kwalitatieve studie

**Deel enkel bestemd voor de deelnemer:**

Hierbij bevestig ik, ondergetekende …… *(naam en voornaam deelnemer)* dat ik over het onderzoek ben ingelicht en een kopie van het informatiedocument ontvangen heb.

Ik heb de informatie gelezen en begrepen. De onderzoeker heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot het doel en het opzet van het onderzoek, de voorwaarden en de duur ervan, en de mogelijke bekende voor- of nadelen die dit onderzoek voor mij kunnen inhouden. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

Ik ben ervan op de hoogte dat ik mijn toestemming tot deelname aan het onderzoek en tot verwerking van mijn gegevens kan weigeren en dat ik de toestemming om mijn data te gebruiken op elk moment kan intrekken, nadat ik de onderzoeker hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen. Mijn oorspronkelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek en gebruik van mijn persoonsgegevens zal het gebruik van mijn gegevens toelaten met betrekking tot de periode dat ik in het onderzoek ingesloten was.

Ik ben mij bewust van het doel waarvoor mijn *(medische)* gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. De bewaringstermijn van deze gegevens is 20 jaar.

Ik weet dat ik het recht heb om mijn gegevens in te zien en te verbeteren. Als ik klachten heb over het beheer van mijn gegevens weet ik dat ik me kan richten tot de onderzoekers, ~~mijn arts, of de functionaris voor de gegevensbescherming van~~

*de verantwoordelijke voor de gegevensverwerking:*
*Gijbels Mathijs.*
- *Email: Gijbelsmathijs@gmail.com ;*
- *GSM: 0477.489.478*

Ik geef toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken zoals beschreven in het informatiedocument dat ik ontving en conform de geldende wetgeving. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven.

Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan dit onderzoek en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoekshandelingen. In deze studie wordt de data verzameld a.d.h.v. semi-gestructureerde interviews.

_____ _____ _____

Naam van de deelnemer *(hoofdletters)* Handtekening Datum *(dag/maand/jaar)*

**Deel enkel bestemd voor het onderzoeksteam**

~~*(het is niet noodzakelijk dat de onderzoeker zelf de informatie en IC procedure met de deelnemer doorloopt, dit wordt soms ook door een ander lid van het onderzoeksteam gedaan, vb. door studieverpleegkundigen, de behandelende arts, …):*~~

Ik bevestig hierbij dat ik *(naam van de deelnemer en/of – indien van toepassing – naam van zijn/haar wettelijke vertegenwoordig(st)er*) heb ingelicht en dat hij (zij) zijn (haar) toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie.

_____ _____ _____

Naam *(hoofdletters)* Handtekening Datum *(dag/maand/jaar)*

*(ondertekening door een lid van het onderzoeksteam is de regel – indien hiervan afgeweken wordt motivering bijvoegen)*

Gijbels Mathijs HAIO

S0134871 UAntwerpen

# Script voor semigestructureerd interview masterproef

## I. Inleiding

- Voorstelling en bedanking voor deelname aan interview.
- Korte uitleg over onderzoeksvragen en methoden van de studie
- Uitleg over het doel van het interview
- Duur van het interview nogmaals bevestigen
- Praktische afspraken:
  - opname en notitie tijdens interview,
  - vertrouwelijkheid
  - anonimiseren van de uitspraken en privacy van het interview benadrukken, terugtrekken als kandidaat blijft te allen tijde mogelijk,
  - goedkeuring ethische commissie verkregen,
  - ondertekening van informed consent.

## II. Script

### A. Opening

1. **Wat verstaat u onder alternatieve en complementaire geneeskunde?**
   The term “Complementary and Alternative Medicine (CAM) often refers to a broad set of health-care practices that are not part of a country's own tradition and are not integrated into the dominant health-care system. “Other terms sometimes used to describe these health-care practices include ‘natural medicine’, ‘non-conventional medicine’ and ‘holistic medicine’ (WHO, 2000)
   https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816568/

2. **Wat is de plaats van CAG in de eerste lijn volgens u?**
   https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3197081/ *The field of CAM research has burgeoned in recent years and is employing now, more than ever, rigorous methods to evaluate complex research questions. Furthering our understanding about and evaluation of these methods can only improve the quality of the research product and, ultimately, health care provider and patient knowledge about CAM.*

### B. Vragen omtrent kennis en ervaringen

a) Eigen ervaring en praktijk

3. **Is er een actieve vraag naar CAG van uw patiënten?**
   - **a.** Zo ja, welke en in welke frequentie?
   - **b.** Zo nee, denkt u dat uw patiënten op de hoogte zijn van verschillende CAG methodes?

4. **Denkt U soms zelf actief na over het gebruik van alternatieve methodes (lymfedrainage, accupunctuur, homeopathie, natuurgeneeskunde,) buiten de klassieke geneeskunde om?**
   - **a.** Zo ja, waarom wel?
   - **b.** Zo nee, waarom niet? (vraag 5 overslaan)

   https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3189003/

5. **Schrijft u ook regelmatig homeopathische, alternatieve of natuurlijke geneesmiddelen voor?**
   - **a.** Zo ja, welke en waarom?

   **b.** in welke frequentie?
   **c.** Zo nee, wat houdt u tegen om toch deze producten niet voor te schrijven

6. **Staat u open om zelf CAG methodes (nog meer) te integreren in uw dagelijkse praktijkvoering?**
   **a.** Zo ja, gelieve toe te lichten..
   **b.** Zo nee, waarom niet?

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19757976/

b) Andere ervaringen

7. **Kent u succesverhalen van uzelf, collega's of patiënten die verder geholpen werden met CAG?**

c) Ziektebeelden en methoden: algemeen

8. **Voor welke ziektebeelden (diabetes, cardiovasculaire preventie, bewegingsstelsel, pijnpatiënten) denkt u dat CAG een nuttige bijdrage kan zijn in de holistische benadering van de patiënt en waarom?**
   **a.** Welke ziektebeelden
   **b.** Zo nee, waarom niet?

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6768530/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24517329/

9. **Naar welke CAG methoden denkt u dat er meer research gedaan dient te worden? (ik toon hen een lijst met allerlei verschillende vormen van CAG)**

d) Specifieke ziektebeelden

10. **Wat is uw idee over de plaats van CAG bij een psychiatrisch belaste patiëntenpopulatie en licht uw antwoord toe?**
    **a.** Bij burn-out
    **b.** Bij depressie
    **c.** Bij psychose
    **d.** Persoonlijkheidsstoornis

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6296392/ *Our recommendation to distinguish orthodox from heterodox approaches in health care offers an operational criterium for a classification that enables placing each CAM along a continuum from clearly heterodox to clearly orthodox, ie, an incentive towards a wider use of the methodology of EBM for the evaluation of CAMS. Most of the work in view of the orthodox/heterodox CAMs classification remains to be done, because of the lack of relevant previous clinical research studies,[20] the methodological issues with these studies, and the lack of registration requirements and practice regulations for CAMs. It is necessary to identify CAMs for which there is compelling evidence of their uselessness, to disseminate these facts, and to inform the public in what cases they are paying for a method akin to a placebo. With CAMs that might be somewhat superior to placebo, studies should address the questions of numbers and frequency of sessions, role of the experience of the therapist, relative efficacy towards conventional approaches, and consequences of associating CAMs with conventional treatments.*

11. **Wat is uw mening over het gebruik en de plaats van CAG bij kankerpatiënten en hun behandeling?**
    **a.** In curatieve fase
    **b.** In palliatieve fase

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28453297/ *CAM use is significantly associated with lower anxiety and depression compared with those of non-CAM users.*

e) Demografie en evolutie

12. **Als u naar uw eigen patiëntenpopulatie kijkt, hebt u dan het gevoel dat er een verband is tussen de vraag naar CAG en hun etniciteit/persoonlijkheidsprofiel/taal/leeftijd/opvoeding (voor zo ver in te schatten)?**
    **a.** Zo ja, welke en wat zou de oorzaak kunnen zijn volgens u?

13. **Heeft u de vraag naar CAG de laatstje jaren zien stijgen of dalen?**
    **a.** Waar kan dit aan liggen volgens u?

C. Afronden

Eventuele opmerkingen of aanvullingen bij bovenstaande antwoorden.
Bedanking voor deelname aan het interview.

## III. Lijst met afkortingen

CAG: Alternatieve en complementaire geneeskunde

# Vragenlijst online bevraging

Vragen worden gescoord op een schaal van 1 tot 7.
Schaal:
1 = helemaal niet akkoord/ nooit
2 = niet akkoord/ zelden
3 = eerder niet akkoord / soms
4 = neutraal
5 = eerder akkoord / regelmatig
6 = akkoord / vaak
7 = helemaal akkoord/ altijd

1. Vindt u dat complementaire en alternatieve geneeskunde een plaats verdient in de eerste lijn?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

2. Vindt u dat er meer research gedaan moet worden naar complementaire en alternatieve geneeskunde?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

3. Schrijft u soms complementaire en alternatieve geneeskunde therapieën voor?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

4. Schrijft u soms homeopathische geneesmiddelen voor? (oscillococcinum, Vacramal, A. Vogel producten, Heel, Zeel, Traumeel, Tussioban bv.)

5. Schrijf u soms natuurlijke geneesmiddelen voor? (Sedistress, Sedinal, Zaffranax, Curcufen, Pure Cranberry, Lucovitaal, arganolie bv.)

6. Gebruikt u of past u bepaalde complementaire en alternatieve methoden toe in uw praktijk? (neuraaltherapie: procaïne, Traumeel, Heel,…; mesotherapie bv)
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

7. Heeft u eerder positieve ervaringen met complementaire en alternatieve geneeskunde?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

8. Heeft u eerder negatieve ervaringen met complementaire en alternatieve geneeskunde?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

9. Vindt u dat complementaire en alternatieve geneeskunde een nut kan hebben bij de behandeling van ernstig **psychiatrische aandoeningen**?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

10. Vindt u dat complementaire en alternatieve geneeskunde een nut kan hebben in de **palliatieve setting**?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

11. Denkt u dat complementaire en alternatieve geneeskunde therapieën bij **CVS/fibromyalgie** een nut kunnen hebben in de behandeling?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

12. Denkt u dat complementaire en alternatieve geneeskunde therapieën bij **pijnpatiënten** een nut kunnen hebben in de behandeling?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

13. Denkt u dat complementaire en alternatieve geneeskunde de 'quality of life' van sommige van uw patiënten kan verbeteren?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

14. Krijgt u actieve vragen van patiënten naar complementaire en alternatieve geneeskunde methodes?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

15. Zou u graag meer leren omtrent complementaire en alternatieve geneeskunde?
*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

16. Heeft u ooit bijscholing gevolgd in kader van complementaire en alternatieve geneeskunde?

*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

17. Vindt u uw kennis omtrent verschillende complementaire en alternatieve geneeskunde methodes voldoende?

*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

18. Indien u uw kennis niet voldoende is, houdt dit u tegen om complementaire en alternatieve geneeskunde methodes te gebruiken?

*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

19. Vindt u dat complementaire en alternatieve geneeskunde in een vak of lessenpakket gegeven moet worden in de basisopleiding?

*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

20. Vindt u dat complementaire en alternatieve geneeskunde in een bijscholing gegeven moet worden in de Manama opleiding voor huisarts?

*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

21. Ben u geïnteresseerd in bijscholing rond complementaire en alternatieve geneeskunde? Zo ja welke van volgende?
    a. Acupunctuur
    b. Chiropraxie
    c. Fytotherapie
    d. Manuele therapie
    e. Natuurgeneeskunde
    f. Neuraaltherapie
    g. Orthomoleculaire geneeskunde
    h. Osteopathie
    i. Andere: …….. (zelf in te vullen)

*In deze vragenlijst wordt met 'Complementaire en alternatieve geneeskunde' bedoeld: alle methodes die niet deel uitmaken van de traditioneel Westerse - evidence based- wetenschappelijk onderbouwde manier(vb. acupunctuur, chiropraxie, fytotherapie, manuele therapie, natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie, homeopathie,…)*

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

ETHISCH COMITE

Dr. K. Van Den Broeck

Universiteit Antwerpen
CAPRI

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Peter Michielsen

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

***ALTERNATIEVE EN COMPLEMENTAIRE GENEESKUNDE IN DE ANTWERPSE EERSTELIJNSZORG - EEN KWALITATIEVE STUDIE (Manama Mathijs Gijbels)***

**Belgisch Registratienummer: B3002020000261**

| datum | ons kenmerk | contactpersoon |
|---|---|---|
| 18/01/2021 | 20/50/685 | Secretariaat Ethisch Comité<br>ethisch.comite@uza.be |

**DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES**

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 18/01/2021.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 9/01/2021
  Versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 9/01/2021
  Versie 2
- CV onderzoeker
  M. Gijbels
- Diverse
  script voor semigestructureerd interview masterproef
- Vragenlijst(en)
  online bevraging

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603



datum
18/01/2021

ons kenmerk
20/50/685

contactpersoon
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat voor in het UZA lopende studies de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Michielsen
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
M. Gijbels, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 20/50/685

datum
18/01/2021

ons kenmerk
20/50/685

contactpersoon
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

**Samenstelling Ethisch Comité sinds 1/11/2020.**
**Deze studie werd besproken op vergadering van 18/01/2021.**

| | Functie | M/V | Aanwezig |
|---|---|---|---|
| *Voorzitter* | | | |
| MICHIELSEN Peter | Voorzitter/Gastro-enteroloog | M | + |
| *Ondervoorzitter* | | | |
| CRAS Patrick | Ondervoorzitter/Neuroloog | M | + |
| IEVEN Greet | Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog | F | + |
| *Leden EC UZA* | | | |
| BLAUMEISER Bettina | Medisch geneticus | F | + |
| DE BAETSELIER Elyne | Verpleegkundige | F | + |
| FIERENS Lina | Verpleegkundige | F | - |
| HENS Kristien | Ethicus | F | - |
| KWAKKEL-VAN ERP Hanneke | Pneumoloog | F | + |
| MICHIELS Barbara | Huisarts | F | + |
| PAELINCK Bernard | Cardiochirurg | M | - |
| SCHOETERS Veerle | Verpleegkundige | F | + |
| VAN DE WIELE Miranda | Patiëntenbegeleiding | F | - |
| VAN DEN BRANDE Jan | Oncoloog | M | + |
| VAN DEN EEDE Filip | Psychiater | M | + |
| VAN DYCK Pieter | Radioloog | M | - |
| VAN PRAAG Dominique | Psychologe | F | - |
| VANSWEEVELT Thierry | Jurist | M | - |
| VERLOOY Joris | Pediater | M | + |
| WYERS Griet | Apotheker | F | - |
| *Toegevoegde leden UA* | | | |
| BORTIER Hilde | Arts, emerita hoogleraar UA | F | - |
| DE MEESTER Ingrid | Farmacoloog / Onderzoeker UA | F | + |
| GRANAAS Kristina | Medewerkster Dep. Onderzoek | F | - |
| *Uitgenodigde Experten* | | | |
| IDES Kris | Kinesitherapeut | M | - |
| LUYTEN Leon | Arts in het beheer van gezondheidsgegevens | M | - |
| MICHIELSENS Inge | Jurist | F | - |
| MOONS Pieter | Coördinator bio- en weefselbank | M | - |
| POSSEL Michael | Gezonde vrijwilliger | M | - |
| VAN DE WILDEBERGH Daphné | Jurist | F | + |
| VAN HONSTE Guy | Patiëntenvertegenwoordiger | M | + |
| VANDERMOTTEN Yves | Gezonde vrijwilliger | M | - |

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

# SafeAssign Originality Report

Infocenter ICT • Volledig vrijblijvende controle ... Originaliteitsrapport bekijken - oud ontwerp

## Mathijs Gijbels

**Totale score:** Laag risico 10 %

Inzendings-UUID: 878f1db1-1efc-4306-357a-56f8764ddeba

| Totaalaan... | Hoogste o... | Gemiddel... | Verzonde... | Gemiddel... |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 10 % | 10 % | 27-0... | 17.7... |
| | Masterproef_... | | 17:48 CEST | Hoogst: Mast... |

## Bijlage 1 10 %

Woordaantal: 17.763
Masterproef_MG_definitief .docx

### Internet (13) 5 %

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | li... | 10 | li... | 12 | h... |
| 7 | li... | 14 | d... | 13 | li... |
| 6 | li... | 26 | d... | 25 | d... |
| 15 | e... | 4 | d... | 5 | d... |
| 16 | li... | | | | |

---

### Algemene database (8) 3 %

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 18 | Wel | 21 | Wel | 22 | Wel |
| 8 | Wel | 19 | Wel | 23 | Wel |
| 24 | Wel | 20 | Wel | | |

---

### Instellingsdatabase (5) 2 %

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Wel | 2 | Wel | 1 | Wel |
| 9 | Wel | 17 | Wel | | |

---

### Beste bronnen (3)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Wel | 11 | li... | 10 | li... |

---

### Uitgesloten bronnen (0)