Een kwalitatieve studie naar het gebruik van acupunctuur bij patiënten met chronische lage rugpijn

Sun Haixia, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. Christine Buys

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Graag zou ik een aantal mensen willen bedanken die voor mij van grote waarde zijn geweest bij het schrijven van deze thesis.

Vooreerst dank ik mijn promotor Prof. Dr. Dirk Avonts voor de uitgebreide hulp en uitleg tijdens het tot stand komen van deze thesis.

Verder wil ik graag mijn praktijkopleider, Dr. Christine Buys, Dr. Jos vandriessche en Dr. Vera Machtelinckx bedanken voor het verstrekken van inlichtingen aan de patiënten over het onderwerp van mijn thesis. Zonder hun hulp zou het verzamelen van voldoende patiënten voor het interview onmogelijk zijn geweest. Bovendien maakte mijn praktijkopleider ook tijd voor me vrij om relevante zaken te doen die verband hielden met mijn thesis.
Ook de heer Wilfried Legein dank ik voor het vertrouwen bij het ter beschikking stellen van enkele relevante boeken voor mijn proefschrift.

Tenslotte wil ik mijn echtgenoot en mijn kinderen bedanken voor alle steun die ze mij hebben gegeven zodat alles vlot kon verlopen.

Haixia Sun

St-Maria-Oudenhove, 26 april 2016

Abstract

Context:
Lage rugpijn is één van de meest voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk in de laatste tien jaar, met een incidentie van 58.16 ‰ per jaar bij vrouwen en 60.21 ‰ per jaar bij mannen in Vlaanderen in de periode 2010-2012. Chronische lage rugpijn is een zeer frustrerend klinisch probleem zowel voor patiënten als voor artsen, dat patiënten er toe kan brengen om op zoek te gaan naar alternatieve geneeswijzen. Uit het rapport van het KCE in 2011 blijkt dat lage rugpijn de voornaamste reden was (bijna 90%) waarom mensen in België een beroep doen op een acupuncturist. Bovendien wordt vermeld dat het gebruik van acupunctuur steeds toeneemt. Onze studie vertrekt vanuit het rapport van het KCE en tracht de beleving van patiënten met acupunctuur bij hun lage rugpijn te begrijpen.

Onderzoeksvraag:
Het gebruik van acupunctuur bij patiënten met chronische lage rugpijn.
In het eerste deel van deze scriptie werd de relevante informatie over acupunctuur bij chronische lage rugpijn doorzocht in 10 verschillende richtlijnen via de website van CEBAM. Nadien werden twee literatuuronderzoeken gedaan, enerzijds naar kwantitatieve studies om de evidentie van de werkzaamheid van acupuntuur na te gaan en anderzijds naar kwalitatieve studies om een overzicht te krijgen van het gebruik van acupunctuur bij chronische lage rugpijn. In het tweede deel van deze scriptie hebben we een kwalitatieve studie uitgevoerd naar het gebruik van acupunctuur bij patiënten met chronische lage rugpijn.

Methode:
Bij het literatuuronderzoek werd een search uitgevoerd via Pubmed, Cochrane, CNKI (Chinese National Knowledge Infrastructure). Er werden 11 relevante systematische reviews en meta-analyses geselecteerd voor het literatuuronderzoek naar kwantitatieve studies en 11 relevante artikels voor het literatuuronderzoek naar kwalitatieve studies. Op basis daarvan hebben we in het tweede deel van deze scriptie in totaal 17 chronische lage rugpijn patiënten uit twee huisartsenpraktijken geinterviewd naar hun ervaringen met het gebruik van acupunctuur.

Resultaten:
Uit het literatuuronderzoek naar kwantitatieve studies blijkt consensus te bestaan dat acupunctuur effectiever is dan geen behandeling. Er is consistent bewijs voor de toevoeging van acupunctuur aan andere therapieën. Maar de resultaten moeten geïnterpreteerd worden binnen de beperkingen van de studies.
Uit het literatuuronderzoek naar kwalitatieve studies kwamen verschillende domeinen naar voor: redenen voor gebruik, verwachting, het ervaren van de behandeling, behandeleffecten, therapeutisch model en kostprijs. Op basis van deze gegevens hebben we een vragenlijst gemaakt voor onze kwalitatieve studie .

Conclusies:
Uit onze kwalitatieve studie kwamen als redenen voor het acupunctuurgebruik ontvredenheid met de conventionele zorg, positieve ervaringen met acupunctuur door derden en interesse voor de oosterse cultuur en geneeskunde naar voor. Onze studie bevestigt de conflicterende resultaten naar de rol van verwachtingen in het resultaat van de acupunctuurbehandeling, waar positieve verwachtingen tot zowel positieve als negatieve resultaten leiden en negatieve verwachtingen ook tot positieve resultaten.
De patiënten kregen te maken met een voornamelijk ‘moderne’ benadering van acupunctuur, die als een aanvullende behandelmethode gebruikt werd voor chronische lage rugpijn.
Alle patiënten evalueerden de ervaring tijdens de behandeling positief en de meeste (14) deelnemers ervaarden de therapeutische relatie als positief. Eerlijkheid, een persoonlijk contact en het ervaren van begrip van iemand die tijd neemt om te luisteren zijn elementen die door de deelnemers aan de studie als belangrijk naar voor werden geschoven. Ook het gevoel van veiligheid gelinkt aan het feit dat de acupunctuur door een arts werd uitgevoerd, was voor een deel van de patiënten heel belangrijk. Onze studie toont ook dat wanneer patiënten effect hebben, de relatie van ondergeschikt belang is en in de loop van de behandeling geleidelijk aan wordt opgebouwd.
Bijna alle deelnemers aan de studie ervaarden een belangrijke pijnverlichting, dit soms al na de eerste sessie, maar bij de meesten was een blijvend effect merkbaar na 2-3 sessies. Het is waarschijnlijk dat mensen met positieve ervaringen zich makkelijker hebben aangemeld voor de studie zodat deze cijfers geen weerspiegeling hoeven te zijn van het effect in de ruimere populatie.
De meeste patiënten bleven na de initiële behandelkuur acupunctuur op regelmatige, meestal maandelijkse basis (ongeveer 8 tot 10 maal per jaar) gebruiken als preventie voor het terugkomen van de pijn.
Uit onze studie bleek dat acupunctuur voor de meeste patiënten niet als een dure behandeling werd gezien, in vergelijking met medische (medicatie), paramedische (kinesitherapie) en andere behandelingen (osteopathie), maar dat zal ook te maken hebben met het feit dat de meesten gedeeltelijke terugbetaling kregen van het consult bij de arts-acupuncturist of een terugbetaling via het ziekenfonds.

Contact E-mail: haixiasun42@gmail.com

Inhoudstafel

I. Inleiding **1**

1. de keuze van het thema 1
2. onderzoeksvraag 1

II.Literatuuronderzoek **2**

1. Inleiding : Chronische lage rugpijn **2**

1.1. Definitie 2
1.2. Epidemiologie en situatie in de eerste lijn 3
1.3. Indeling 4
1.4. Natuurlijk beloop en Chroniciteit 5
1.5. Gevolgen voor de maatschappij 5
1.6. Diagnostiek 6
1.7. Behandeling 6

2. Methode **8**

3. Resultaten **9**

4. Bespreking en besluit 9

4.1. Acupunctuur en Chronische lage rugpijn: achtergrond 9
4.1.1. Acupunctuur en CAM 9
4.1.2. Definitie van acupunctuur 10
4.1.3. Mechanisme 10
4.1.4. Bijwerkingen 12
4.1.5. Sham acupunctuur 13
4.2. Literatuuronderzoek van kwantitatieve studies 13
4.2.1 .Stand van zaken: Literatuur onderzoek over acupunctuur en Chronische lage rugpijn 14
4.2.2. Acupunctuur in de richtlijnen voor chronische lage rugpijn 15
4.2.3. Evidentie uit het literatuur van SM-MA en RCT'S 17
4.2.4. Kloof tussen de evidentie van de literatuur en CPGs 20
4.3. Literatuuronderzoek van kwalitatieve studies 21
4.3.1. Redenen voor gebruik 21
4.3.2. Verwachting 22
4.3.3. Ervaring met de behandeling 23
4.3.4. Resultaten van de behandeling 25
4.3.5. Therapeutisch model 27
4.3.6. Kostprijs 29

III. Kwalitatief onderzoek **29**

1. Inleiding **29**

2. Methodologie **29**

3. Bespreking en besluit **30**

3.1. Wie zijn de patiënten 30
3.2. Wie zijn de therapeuten 31
3.3. Redenen voor acupunctuurgebruik 31
3.4. Verwachting 33
3.5. Ervaring met de acupunctuurbehandeling 34
3.6. Effecten 37
3.7. Kostprijs 38
3.8. Tevredenheid 40

4. Sterktes en zwaktes van deze studie **40**

IV. Algemene conclusie **41**

V. Referenties **42**

VI. Bijlagen **47**

I. Inleiding

1. Keuze van het thema

Lage rugpijn is één van de meest voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk in de laatste tien jaar, met een incidentie van 58.16 ‰ per jaar bij vrouwen en 60.21 ‰ per jaar bij mannen in Vlaanderen in de periode 2010-2012, volgens gegevens van de integodatabank[1]

Deze gegevens liggen iets hoger dan het resultaat van de tweede nationale studie uit Nederland (2004) die een incidentie liet zien van 36 ‰ per jaar[2]. Er bestaat een internationale consensus over de definitie van chronische lage rugpijn qua duur (meer dan 12 weken). Bij patiënten met een huidige ziekteduur van minder dan 12 weken, maar frequente recidieven (3 episodes met een duur van meer dan 7 dagen in een periode van 6 maanden) wordt volgens de CBO richtlijn (Nederlands centraal beleidsorgaan) lage rugpijn ook als chronisch beschouwd[3]. Voor de behandeling van chronische lage rugpijn bestaat de taak van de huisarts uit: beperking van disfunctioneren; tijdcontingent gebruik van pijnstillers om stapsgewijs uitbreiden van activiteiten te vergemakkelijken en een niet zinvolle langdurige behandeling te vermijden; multidisciplinair samenwerken met 2de en 3de lijn.

De medicamenteuze behandeling in de eerste lijn bevat vooral paracetamol en NSAID's als respectievelijk de eerste en tweede stap volgens de richtlijn. Maar er is meer en meer twijfel ontstaan over het effect daarvan en zowel artsen als patiënten zijn meer en meer gefrustreerd over het geringe effect van paracetamol en NSAID's. De resultaten van een recente PACE studie tonen dat de werkzaamheid van paracetamol bij lage rugpijn geen voordeel vertoont ten opzichte van placebo[4]. Er wordt evenwel niet aangeraden NSAID's sneller te gebruiken dan vroeger aangezien het veiligheidsprofiel van NSAID's minder gunstig is en de doeltreffendheid niet beter is in vergelijking met paracetamol[5].

Uit klinische ervaringen weten we dat mensen, die vooral chronische gezondheidsproblemen hebben en niet effectief geholpen worden met de klassieke geneeswijze, vaak op zoek gaan naar alternatieve geneeswijzen. Is dit ook zo bij patiënten met chronische lage rugpijn? Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft in 2011 een onderzoek gedaan naar de huidige situatie van acupunctuur in België waaruit blijkt dat lage rugpijn de voornaamste reden was (bijna 90%) waarom mensen een beroep doen op een acupuncturist. Bovendien wordt vermeld dat het gebruik van acupunctuur steeds toeneemt[6].

Maar sindsdien is er nog geen specifieke studie naar acupunctuur bij lage rugpijn in de eerstelijnsgezondheidszorg in België uitgevoerd. Onze studie vertrekt vanuit het rapport van het KCE en tracht het fenomeen van het toenemende gebruik van acupunctuur bij lage rugpijn te begrijpen en eventueel te verklaren.

2. Onderzoeksvraag

Het gebruik van acupunctuur bij patiënten met chronische lage rugpijn.

Het eerste luik van deze masterproef omvat twee literatuuronderzoeken naar acupunctuur bij chronische lage rugpijn waarbij zowel aandacht gegeven wordt aan kwantitatieve als kwalitatieve studies.

In het deel literatuuronderzoek van de kwantitatieve studies willen we nagaan wat de evidentie is voor de werkzaamheid van acupuntuur bij lage rugpijn. Er zal onderzocht worden hoe acupunctuur vermeld wordt in de verschillende actuele nationale en internationale richtlijnen rond acupunctur bij chronische lage rugpijn in CEBAM. Vervolgens zal in de literatuur de evidentie naar het gebruik van acupunctuur bij patiënten met

chronische lage rugpijn bekeken worden aan de hand van systematische reviews, meta-analyses en RCT's .
In het deel literatuuronderzoek van kwalitatieve studies willen we een overzicht geven van het gebruik van acupunctuur bij patiënten met chronische lage rugpijn. Hoe vaak wordt deze complementaire therapie gebruikt? Waarom doen patiënten met chronische lage rugpijn beroep op acupunctuur? Hoe ervaren patiënten de behandeling met acupunctuur?
Het tweede deel van deze masterproef is een kwalitatief onderzoek. In dit deel worden patiënten met chronische lage rugpijn geïnterviewd naar het gebruik van acupunctuur en hun ervaringen met deze alternatieve methode.

II. Literatuurstudie

1. Inleiding : Chronische lage rugpijn

1.1. Definitie

Lage rugpijn (LBP) is de verzamelnaam voor verschillende uiteenlopende aandoeningen die zich manifesteren met pijn gelokaliseerd in het gebied tussen de schouderbladen en de bilplooien. In deze masterproef wordt gefocust op chronische aspecifieke lage rugpijn, (waarvoor we de internationale afkorting NSLBP-Non Specific Low Back Pain gebruiken) en chronsich lumbosacral radiculair syndroom (LRS).
Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) wordt gedefinieerd volgens de NHG als "uitstralende pijn in één bil of been, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitvalsverschijnselen (hypesthesie/hypalgesie, parese, verlaagde reflexen), wat suggestief is voor prikkeling van één (soms twee) specifieke lumbosacrale zenuwwortel(s), meestal als gevolg van een discushernia." Bij NSLBP is geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar[7]
In deze masterstudie zal geen onderscheid gemaakt worden tussen NSLBP en LRS in de evaluatie van het effect en de beleving van acupunctuur omwille van volgende redenen:
Ten eerste omdat nog veel discussie en onduidelijkheid bestaat over 'specifiek' en 'aspecifiek'. Het onderscheid van aspecifieke lage rugpijn met LRS is vaak moeilijk. De prikkeling of uitval van lumbosacrale zenuwwortels gaat ook vaak gepaard met lage rugpijn. De uitstralingspijn in één been staat echter meestal op de voorgrond, zowel bij NSLBP als bij LRS[3]. In theorie wordt een aspecifieke lage rugpijn met uitstraling in één been die veroorzaakt wordt door discopathie (slijtage) beschouwd als specifiek (LRS) op het moment dat deze slijtage (discopathie) geëvoleerd is tot HNP (Hernia Nuclei Pulposi) met vernauwing van de zenuwwortelen of zenuwkanaal. In de beginfase kunnen we dit niet via beeldvorming bevestigen. Bovendien impliceert het vinden van dergelijke degeneratieve afwijkingen bij beeldvormende diagnostiek niet dat deze altijd een causaal verband hebben met eventueel bestaande lage rugpijn[5,8-9]. Verder is het onderscheiden van aspecifiek en specifiek in de praktijk niet altijd gemakkelijk, vooral aspecifieke lage rugpijn en LRS hebben een overlappende zone in de ziekte-evolutie van NSLBP.
Ten tweede is het niet ongewoon dat in sommige studies aspecifiek en LRS niet zo duidelijk onderscheiden worden. Zo zijn bijvoorbeeld veel patiënten met NSLBP in Nederland rechtstreeks in de tweede lijn terecht gekomen, want de gedeeltelijke behandeling van chronische aspecifieke lage rugpijn valt als tweedelijns-behandeling onder de dekking van de Zorgverzekeringswet (Zvw)[10]. Het mogelijke gevaar van een verschuiving van de behandeling naar de tweede lijn maakt een duidelijk diagnostisch onderscheid tussen aspecifiek en LRS op zich niet meer zo belangrijk. Het feit dat er geen consensus bestaat rond het begrip aspecifiek leidt ook tot onduidelijkheid bij het internationaal coderen van lage rugpijn. Er is geen specifieke

verfijnde ICPC code voor lage rugpijn die overeenkomt met de richtlijn. In studies is er ook vaak een overlap tussen beide en van de patiënten die in een Nederlandse studie geregistreerd werden met 'lage rugpijn met uitstraling' aan de hand van de ICPC-code L86 bleek 50 procent radiculopathie te hebben[11].

1.2. Epidemiologie en situatie in de eerste lijn

NSLBP

Lage rugpijn is een frequent voorkomend probleem binnen de Westerse bevolking. In de algemene bevolking krijgt 60% tot 90% ten minste één keer in het leven aspecifieke lage rugpijn. Uit het resultaat van de tweede nationale studie in Nederland in 2004[2], bleek de incidentie van lage rugpijn in de huisartsenpraktijk 36 per 1000 patiënten per jaar; hiervan is er bij 9 per 1000 tevens sprake van uitstraling naar één of beide benen. De incidentie stijgt met de leeftijd en is het hoogst (53 per 1000 patiënten per jaar) in de leeftijdscategorie van 45 tot 64 jaar, maar weer lager (25 tot 35 per 1000 patiënten per jaar) in de oudere leeftijdsklassen. De prevalentie in de huisartsenpraktijk is 55 per 1000 patiënten, waarvan 15 per 1000 met uitstraling, en we zien dezelfde trend naar leeftijd als bij de incidentie, met 85 per 1000 in de leeftijdscategorie van 45 tot 64 jaar. Er is geen verschil in incidentie van lage rugpijn tussen mannen en vrouwen[7].

Lage rugpijn is ook één van de meest voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk in België volgens gegevens van de Integodatabank. De incidentie van lage rugpijn in de huisartsenpraktijk in de laatste tien jaar is stabiel. In deze periode consulteerde ongeveer 25% geregistreerde patiënten tussen 18 en 75 jaar hun huisarts vanwege lage rugklachten. In de periode van 2006 tot 2008 was de incidentie in de leeftijdscategorie van 45 tot 64 jaar nagenoeg 47 ‰ per jaar. Hierna daalt de incidentie weer tot bijna 27 ‰ per jaar [kce 28A,3]. In de periode 2010-2012 piekte de incidentie in Vlaanderen van 58.16 ‰ per jaar bij vrouwen en 60.21 ‰ per jaar bij mannen[1]. Deze gegevens liggen iets hoger dan het resultaat van de tweede nationale studie in Nederland[2].

LRS

Voor de prevalentie en incidentie van LRS zijn geen duidelijke cijfers in de eerstelijn omwille van de afwezigheid van de specifieke ICPC-CODE voor LRS. ICPC-code L86 'lage rugpijn met uitstraling' is normaal gezien bestemd voor LRS. Maar 15 ‰ per jaar van patienten met NSLBP heeft, volgends de tweede nationale studie uit Nederland in 2004[2], uitstraling naar één been of beide. In een Nederlands onderzoek bleek dat 50% van de patiënten bij wie de huisarts de ICPC-code 'lage rugpijn met uitstraling' registreerde, radiculopathie had. De overige patiënten hadden lage rugpijn met niet-radiculaire uitstraling of een wervelkanaalstenose[11].

De incidentie van 'lage rugpijn met uitstraling' (ICPC-code L86) uit de NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) Zorgregistraties Eerste Lijn in de huisartsenpraktijk bedraagt 12 ‰ per jaar, neemt toe met de leeftijd en is het hoogst in de leeftijdscategorie 75 tot 84 jaar. Bij vrouwen wordt de aandoening iets vaker vastgesteld dan bij mannen. De prevalentie van 'lagerugpijn met uitstraling' bedraagt 36 ‰ per jaar en vertoont dezelfde trend naar leeftijd als naar incidentie. Maar in een (onbekend) deel van de patiënten zullen niet-radiculaire pijnklachten en neurogene claudicatio intermittens onder deze ICPC-code geregistreerd worden. Daarom zijn de incidentie- en prevalentiecijfers van LRS naar alle waarschijnlijkheid lager dan de hierboven vermelde cijfers voor lage rugpijn met uitstraling[7]. Uit bevolkingsonderzoeken waarin strikte criteria voor de diagnose LRS werden toegepast, blijkt dat de incidentie van LRS het hoogst is in de leeftijdscategorie 30 tot 64 jaar[7].

Situatie in eerste lijn

Zoals boven aangegeven is lage rugpijn een frequent voorkomend probleem bij de westerse bevolking. Lage rugpijn is één van de meest voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk in België en Nederland, dit volgens de gegevens van de Integodatabank en de tweede nationale studie in Nederland[1-2]. Uit internationale gegevens in Alberta and Saskatchewan (Canada), roepen bijna 40% van de patiënten met rugpijn de hulp in van een gezondheidswerker. Eerstelijnsartsen nemen 65% van de initiële evaluatie van mensen met lage rugpijn op zich en ze zijn vaak ook de enige behandelaars van deze patiënten. Dus spelen ze een belangrijke rol bij het omgaan met patiënten met lage rugpijn[12].
Het omgaan met lage rugpijn kan heel complex zijn. Spanningen tussen het advies van de huisarts om actief te blijven en de verwachting van de patiënt om rust voorgeschreven te krijgen, kunnen leiden tot onenigheid in de relatie arts-patiënt[13]. Beperking qua tijd en middelen bij het omgaan met lage rugpijn op eerste lijn kunnen zowel bij arts als patiënt tot frustratie leiden[14].

1.3. Indeling

Qua etiologie
Afhankelijk van het feit of een oorzaak aanwijsbaar is, kan lage rugpijn geklassificeerd worden als specifieke en aspecifieke lage rugpijn.
Er bestaat nog discussie rond het begrip aspecifiek. Het is moeilijk een duidelijk onderscheid te maken tussen aspecifieke en specifieke lage rugpijn. Veel mensen met "slijtage" (degeneratieve) afwijkingen op beeldvorming hebben geen lage rugpijn klachten. Dus is er geen duidelijke relatie tussen dergelijke bevindingen op foto's en de aanwezigheid van klachten.
In de internationale literatuur wordt voor de aanduiding specifieke klachten de volgende definitie gehanteerd: er is sprake van een aanwijsbare oorzaak zoals een infectie, ontsteking, wervelfractuur, wervelinzakking door osteoporose, een tumor of een hernia (HNP, hernia nuclei pulposi). Indien er geen specifieke (zie boven) aanwijsbare oorzaak aanwezig is, kan het 'aspecifieke' chronische lage rugklachten betreffen. Bij aspecifieke lage rugklachten worden bij beeldvorming echter vaak afwijkingen gezien. Deze berusten meestal op 'slijtage' (degeneratieve afwijkingen)[10].
In de meerderheid (90%-95%) van de LBP betreft het aspecifieke lage rugpijn. De rest (5% tot 10%) van de LBP gaat vooral om lumbosacraal radiculair syndroom en andere zeer zeldzame specifieke oorzaken die aan de basis liggen van de rugpijn. In een Nederlands onderzoek bij patiëntenpopulaties met lage rugpijn in huisartsenpraktijken zijn de volgende percentages van specifieke aandoeningen gevonden: 5,4% discushernia, 0,8% spondylolisthesis, 0,2% ziekte van Bechterew, 0,2% osteoporose[7,15].

Qua tijdsduur
In de literatuur zijn er twee soorten indeling. De eerste is in principe bekend: lage rugpijn wordt naargelang de tijdsduur vaak artificieel ingedeeld in acute, subacute en chronische lage rugpijn. Er bestaat een internationale consensus over de definitie van chronische lage rugpijn qua de tijdsduur (meer dan 12 weken)[7]
De tweede manier van indelen wordt nog niet vaak gebruikt, maar is gebaseerd op klinische oberservatie van patiënten met LBP. Bij de groep LBP patiënten met een ziekteduur minder dan 12 weken na de opstoot, maar met frequente recidieven, heeft de LBP ook de kenmerken van een "chronisch" verloop. In vergelijking met de echte "chronische" groep met een ziekteduur langer dan 12 weken hebben patiënten in deze groep niet minder last en is de socio-economische last voor de maatschappij niet minder zwaar. Dit is

de reden waarom de CBO richtlijn (Nederlands centraal beleidsorgaan) in ons buurland besloot om deze groep LBP ook als chronisch te beschouwen[3]. Dit is het geval bij patiënten met een huidige ziekteduur van minder dan 12 weken, maar met frequente recidieven: 3 episodes met een duur van meer dan 7 dagen in een periode van 6 maanden.
Als definitie voor chronische lage rugpijn voor deze masterproef worden de boven vermelde indelingen qua tijdsduur overgenomen. We combineren de definitie van de NHG-standaard en de CBO richtlijn betreffende chronische aspecifieke lage rugpijn.
In het deel literatuuronderzoek van deze masterproef hebben we vooral NSCLBP bestudeerd omdat het grootste deel van de studies naar chronische lage rugpijn over die groep patiënten gaat. In het deel kwalitatieve studie hebben we het begrip chronische lage rugpijn uitgebreid met inbegrip van chronische LRS volgens de definitie van de NHG standaard, omdat het moeilijk is in een beperkte tijdsspanne voldoende patiënten met enkel NSCLBP te kunnen verzamelen en omdat sommige kwalitatieve studies naar acupunctuur en lage rugpijn NSCLBP en LRS samen nemen.

1.4. Natuurlijk verloop en chroniciteit

NSLBP en LRS kennen in de meerderheid van de gevallen een gunstig natuurlijk verloop[7].
Lage rugklachten gaan meestal weer voorbij. De kans op het ontwikkelen van chronische rugpijn is geassocieerd met zowel somatische als psychische karakteristieken: bv. lage rugpijn in de voorgeschiedenis, obesitas, ontevredenheid met het werk, tekortschieten van 'coping' vermogen, somatisatie, angst, somberheid en emotionele stress[16-17].
Cijfers uit de algemene bevolking tonen dat 50% na 1 week hersteld is. Het herstel van patiënten in huisartsenpraktijken verloopt trager: één op drie patiënten is na 4 weken hersteld en 50% na 6 weken. Bij een aantal patiënten (5%) kunnen de klachten een chronisch karakter krijgen en een grote impact hebben op het persoonlijk leven en het werk. De ernst van de klachten neemt snel af gedurende de eerste weken, maar de klachten recidiveren vaak: naar schatting vindt in 60% van de gevallen een recidief plaats binnen het jaar, zij het meestal in minder hevige vorm[3,7].
Bij driekwart van de patiënten met een LRS door een discushernia treedt binnen 3 maanden spontaan herstel op. Minder dan 10% van de patiënten kent een langdurig verloop met klachten die in wisselende mate aanwezig blijven. Bij maximaal 5% van de patiënten ontwikkelen zich progressieve uitvalsverschijnselen en een cauda-equinasyndroom treedt bij 1 tot 3% van de patiënten op. Zowel na een conservatieve behandeling als na een operatie kunnen restverschijnselen, zoals een parese, sensibele stoornissen en reflexverschillen, geruime tijd, soms zelfs levenslang, aanwezig blijven. Veel LRS-patiënten hebben een voorgeschiedenis met lage rugklachten. Hoewel de prognose van LRS voor de beenklachten gunstig is, blijven bij veel patiënten de rugklachten in wisselende mate bestaan. Ook treden bij naar schatting 4% tot 20% van de patiënten recidiefklachten op. Het is onvoldoende duidelijk welke de risicofactoren zijn voor een slechte uitkomst of voor het optreden van recidiefklachten. Het natuurlijk verloop van neurogene claudicatio intermittens is variabel. Over het algemeen blijven de klachten zonder interventie min of meer onveranderd aanwezig. Bij een minderheid van de patiënten is sprake van progressie of verbetering van de klachten[7].

1.5. Gevolgen voor maatschappij

De Global Burden of Disease study rapporteerde in 2010 dat lage rugpijn de belangrijkste oorzaak was van disability-adjusted life years (levensjaren gecorrigeerd voor beperkingen, of DALY's) wat een maat is voor de totale last die ontstaat door ziektes. Dit resulteert is een zware socio-economische last zowel wat betreft

directe medische kosten, als indirecte kosten zoals werkverzuim en verminderde productiviteit[18]. Dit maakt dat het efficiënt omgaan met lage rugpijn belangrijk is zowel voor patiënten en artsen als voor het gezondheidsbeleid.
In het KCE rapport over chronische lage rugpijn in 2006, werden ongeveer 40.000 klassieke ziekenhuisverblijven en 46.000 daghospitalisaties geregistreerd voor lage rugpijnklachten. De longitudinale gegevens van de Socialistische Ziekenfondsen schatten de jaarlijkse medische kosten voor een patiënt met chronische lage rugpijn die beeldvorming heeft ondergaan, op grosso modo 922 €/jaar.
Volgens RIZIV- gegevens bedragen de totale directe medische kosten ten gevolge van lage rugpijn in België tussen 81 en 167 miljoen euro, waarvan 36 miljoen euro aan medische beeldvorming, 128 miljoen euro aan kinesitherapie, 73 miljoen euro aan revalidatie, 3 miljoen euro aan ruggenmergstimulatie, 876.000 euro aan percutane pijnbehandeling, 22 miljoen euro aan chirurgie met artrodese of zonder artrodese. De directe medische kosten worden geschat op 10% tot 30% van de indirecte kosten voor de maatschappij en de patiënt. De globale kost wordt voorzichtig geschat tussen de 270 miljoen en 1,6 miljard euro[19].
Chronische lage rugpijn heeft zware gevolgen voor de maatschappij en de arbeidssituatie : uit de databases van Intermédicale (een dienst van het ARAB) en van het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO) in 2006, bleek dat in de arbeidsgeneeskunde 11,9% van het ziekteverzuim van 28 dagen of langer te wijten is aan lage rugpijn klachten. Daarvan wordt 5% permanent ongeschikt bevonden om het werk te hervatten[19].

1.6. Diagnose

Vele elementen van de klinisch-diagnostische aanpak berusten veelal op tradities of de opinie van experten. Lage rugpijn is een klinische diagnose die wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, want er is geen duidelijke relatie tussen anatomische afwijkingen en de aanwezigheid van klachten. Er zijn voor NSCLBP onvoldoende wetenschappelijke bewijzen om bijkomend specifieke onderzoeken aan te bevelen (dit geldt voor beeldvorming, klinische biologie, elektromyografie, interventionele technieken en meting van de lichamelijke conditie). Overbodige testen en niet-geïndiceerde behandelingen kunnen ziektebestendigend werken en meer schade dan baten toebrengen bij een patiënt met chronische lage rugpijn[19]. Veelvuldige diagnostische procedures zijn te vermijden. Zelfs bij vermoeden van een LRS wordt de aanvraag van beeldvormende diagnostiek door de huisarts ontraden[7]. Dit gebrek aan wetenschappelijke bewijzen voor de validiteit van diagnostische testen heeft onder meer te maken met de afwezigheid van een ‘‘gouden standaard’’ voor de diagnose van chronische lage rugpijn[19].

1.7. Behandeling

Er is geen duidelijke richtlijn in België voor de behandeling van chronische lage rupgpijn in domus medica, maar er zijn een reeks aanbevelingen voor chronische aspecifieke lage rugpijn (NSCLBP) gebaseerd op de wetenschappelijke analyse van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) in 2006. In België, is het beleid voor CLBP in de eerstelijn ook vaak gebaseerd op de aanbevelingen van het Nederlands Huisartsen Genootschap[7].
Voor de therapeutische aanpak van chronische lage rugpijn komen diverse conservatieve en invasieve strategieën in aanmerking. Er is geen sprake van een gouden standaard bij de behandeling van NSCLBP, maar uit het overzicht van richtlijnen blijkt wel dat lichamelijke activiteit, oefentherapie en aandacht voor gedragsmatige aspecten het meest worden aanbevolen. De nadruk bij de behandeling ligt vooral op het vlak van multidisciplinariteit [3,7,19]. In alle voor deze studie bestudeerde richtlijnen blijkt dat de multidisciplinaire behandeling in ieder geval een fysieke en een psychologische component bevat.

In de aanpak staat het zoveel mogelijk in stand houden van de gewone activiteiten meestal centraal zowel bij NSCLBP als bij CLRS. In de NHG richtlijn voor NSCLBP bestaan de taken van de huisarts uit het beperken van langdurige behandelingen, het verminderen van disfunctioneren en het nastreven van normaal functioneren. Daarom is het van belang dat de huisarts voldoende informatie verstrekt aan de patiënt over de kenmerken van CLBP, aandacht schenkt aan de psychosociale factoren en de behoeften van de patiënt exploreert om tot een gemotiveerde keuze te komen. Indien er geen verbetering meer optreedt, dient de huisarts een toename van het disfunctioneren zo mogelijk tijdig te signaleren in geval van NSCLBP. Bij CLRS is alertheid vereist bij de huisarts in geval van een afwijkend verloop en een spoedverwijsindicatie[7]. De huisartsen spelen een belangrijke coördinerende rol in de nauwere samenwerking tussen specialisten en arbeidsgeneesheren in het kader van multidisciplinaire interventies voor CLBP [7,19].
Aangezien het merendeel van de kosten voor LBP verbonden is aan de indirecte gevolgen van de aandoening bij chronische lage rugpijn is het cruciaal dat de patiënt zo vlug mogelijk weer in het arbeidscircuit kan worden opgenomen, omdat uit de gegevens blijkt dat een langdurige afwezigheid snel uitloopt op een chronisch patroon. De arbeidsgeneesheren en verzekeringsartsen, samen met huisartsen, hebben een grote verantwoordelijkheid om de ongeschiktheidsperiode zo kort mogelijk te houden door aan te sturen op een maximale voortzetting van de gewone activiteiten. Een werkhervatting kan ook worden bespoedigd door een tijdelijke aanpassing van de arbeidsomstandigheden (duur, belasting)[19].

Conservatieve behandeling

Medicamentueze behandeling:
Wat betreft medicamenteuze therapie voor CNSLBP volgens NHG is de richtlijn het stimuleren van tijdcontingente inname van pijnmedicatie om stapsgewijs uitbreiden van activiteiten te vergemakkelijken en hierna weer stapsgewijs de medicatie af te bouwen om blijvend chronisch gebruik te voorkomen. De medicamenteuze behandeling voor LRS probeert een adequate pijnstilling mogelijk te maken door voldoende hoog te doseren conform het stappenplan en tijdcontingentie ter voorkoming van vroegtijdige verwijzing en operatieve interventie.
Volgens het KCE rapport voor chronische lage rugpijn zijn er weinig goede klinische studies die toelaten een uitspraak te doen over de werkzaamheid van medicamenteuze behandelingen voor CLBP (behalve voor tramadol en codeïne). De medicamenteuze behandeling in de eerste lijn bevat vooral paracetamol en NSAID's als respectievelijk de eerste en tweede stap volgens de richtlijn. Er zijn nauwelijks gegevens over paracetamol en anti-inflammatoire middelen. Door gebrek aan bewijs konden geen conclusies worden getrokken rond het gebruik van paracetamol. Er is bewijs, maar dit is van lage kwaliteit, dat NSAIDs effectiever zijn dan paracetamol of placebo voor de behandeling van CLBP[19].

Er is meer en meer twijfel ontstaan over het effect van deze medicatie en zowel artsen als patiënten zijn meer en meer gefrustreerd over het geringe effect van paracetamol en NSAID's. De resultaten van een recente PACE studie tonen dat de werkzaamheid van paracetamol bij lage rugpijn geen voordeel vertoont ten opzichte van placebo[4]. Er wordt evenwel niet aangeraden NSAID's sneller te gebruiken dan vroeger aangezien het veiligheidsprofiel van NSAID's minder gunstig is en de doeltreffendheid niet beter is in vergelijking tot paracetamol[5]. Bovendien lijkt de behandeling van CLBP met NSAIDs niet effectiever dan andere traditionele behandelingen zoals kinesitherapie, manipulaties van de wervelzuil, rugschool of locale behandelingen. Ten slotte zijn ook de bijwerkingen op lange termijn onvoldoende bestudeerd alhoewel het bekend is dat ze frequent voorkomen en schadelijk zijn[19].

Andere conservatieve behandelingen

Andere conservatieve behandelingen omvatten intensieve oefenprogramma's, gedragsinterventies, korte interventies met patiënteneducatie en multidisciplinaire interventies. Een multidisciplinaire benadering met meerdere interventies (zoals patiënteneducatie, oefenprogramma, gedragstherapie, relaxatie en bezoek aan de werkplek, andere psychologische en/of sociale opvang) is efficiënter dan een geïsoleerde interventie of de klassieke aanpak en verdient de voorkeur. Het wordt ontraden om een patiënt met blijvend disfunctioneren naar een monodisciplinair werkzame specialist te verwijzen, bijvoorbeeld een specialist wiens behandeling slechts gericht is op pijnbestrijding door toepassing van lokale invasieve pijnbestrijdingsmethoden zoals denervaties en injecties met analgetica, corticosteroïden of scleroserende middelen[7,19].

Invasieve behandeling

Voor de invasieve niet-chirurgische behandelingen (injectietechnieken) en voor chirurgie zijn de conclusies gelijkaardig voor NSCLBP: hun meerwaarde is niet aangetoond door goede klinische studies en de complicaties werden niet afdoende bestudeerd. Injectie of denervatie worden niet aanbevolen in meerdere richtlijnen (NICE, CBO , update ketenzorg, Europese richtlijn;NHG). Toch worden deze technieken frequent toegepast, vertegenwoordigen ze een belangrijke kost en kunnen ze ernstige gevolgen hebben. Meer specifiek bestaat er klinische evidentie ten nadele van artrodese, terwijl er in België meer dan 7000 dergelijke interventies gebeurden in 2004[19].

Operatieve behandeling bij chronisch LRS met onvoldoende verbetering na conservatieve behandelingen, leidt volgens de NHG richtlijn tot een sneller herstel dan een voortgezette conservatieve behandeling. Maar na een jaar is er geen verschil in effectiviteit tussen de twee behandelopties. Indien de pijnklachten en/of uitvalsverschijnselen echter onvoldoende zijn afgenomen, zijn voortgezette conservatieve behandeling en operatieve interventie bij CLRS gelijkwaardige behandelopties. Dus moet de huisarts in samenspraak met de patiënt, de voor- en nadelen van de twee behandelopties afwegen.

Acupunctuur voor LBP wordt ook besproken in de verschillende richtlijnen. We zullen het er in het deel "acupunctuur in de richtlijnen" nog verder over hebben.

2. Methode

Eerst werden de gegevens over acupunctuur bij chronische lage rugpijn onderzocht in de volgende nationale en internationale richtlijnen uit CEBAM (Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine): richtlijnen van het federaal kenniscentrum KCE, de Belgische franstalige richtlijn van SSMG (La Société Scientifique de Médecine Générale), de NHG (Nederlandse standaarden Genootschap) richtlijn, Nederlandse CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing) richtlijnen, NICE (National Institute for Clinical Excellence) guidelines, de Europese richtlijn, de richtlijnen van de WHO (World Health Organization), de Canadese guideline IHE (Institute of Health Economics), de ACP /APS (American College of Physicians and American Pain Society) guideline, de franse richtlijn HAS (Haute Autorité de Santé) en de Duitse richtlijn NVL (Nationale VersorgungsLeitlinie).

Vervolgens werd een literatuur search uitgevoerd in de databank PubMed, Cochrane, CNKI (China National Knowledge Infrastructure) naar relevante overzichtsartikels. Deze masterproef omvat twee literatuuronderzoeken vanuit zowel kwantitatieve studies als kwalitatieve studies naar acupunctuur bij chronische lage rugpijn

Bij het uitvoeren van het literatuuronderzoek naar kwantitatieve studies werden de zoektermen 'chronic low back pain' en 'acupuncture' en 'evidence' als 'Mesh terms' ingevoerd voor het opvragen van systematische

reviews en meta-analyses. Verder werd via bovenstaande databank naar kwalitatieve literatuur gezocht aan de hand van volgende Meshtermen: 'Low Back Pain; 'Chronic low back pain'; 'experience'; 'acupuncture'. Er werd enkel gezocht naar artikelen van de laatste tien jaar. Bij de zoekactie naar literatuur werden nog enkele limieten ingevoerd: uitsluitend onderzoek met mensen; volwassenen en artikels in het Engels of het Chinees.

3. Resultaten

Het verwerken van de gegevens naar acpunctuur bij chronische lage rugpijn in de Franse richtlijn HAS (Haute Autorité de Santé), werd met het hulp van een collega gedaan omwille van de taalbeperking.
De zoekactie voor het literatuuronderzoek leverde in eerste instantie in totaal 111 artikels op. Na het selecteren en het bestuderen van de abstracts konden uiteindelijk 11 relevante systematische reviews en meta-analyses weerhouden worden voor het eerste deel van het literatuuronderzoek naar de evidentie van acupunctuurbehandeling bij chronische lage rugpijn.
Er werden eveneens 11 artikels weerhouden voor het tweede deel van het literatuuronderzoek naar kwalitatieve studies naar het gebruik van acupunctuur bij chronische lage rugpijn, waarvan 3 systematische reviews van kwalitatieve studies en 8 kwalitatieve studies. Naast deze overzichtsartikelen werden ook 2 relevante artikels en 5 RCT's, die op basis van de systematische reviews van hoge kwaliteit bleken te zijn, verder opzocht en in full text gelezen.

4. Bespreking en besluit

4.1. Acupunctuur en Chronische lage rugpijn : achtergrond

4.1.1. Acupunctuur en CAM

Acupunctuur wordt ondergebracht bij de Complementaire en Alternatieve geneeskunde (CAM). In 2007, definieerde het National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) van het National Institute of Health (US) deze geneeskunde als een 'groep van diverse medische en gezondheidszorgsystemen, praktijken en producten die momenteel niet worden beschouwd als deel uitmakend van de conventionele geneeskunde'. Daar waar deze therapieën samen met conventionele therapieën worden gebruikt, krijgen ze de naam 'complementair', en de naam 'alternatief' indien ze gebruikt worden in plaats van de conventionele behandeling. CAM praktijken maken per definitie geen deel uit van de conventionele geneeskunde omdat er onvoldoende bewijs is dat ze veilig en effectief zijn[20]
Acupunctuur en andere CAM behandelingen die het meest aanvaard zijn en waar het meest wordt naar doorverwezen door artsen, waaronder ook pediaters, worden relatief weinig gebruik door het publiek. Volgens de NHIS 2007, is er geen betekeninsvolle correlatie tussen de aandacht die door de wetenschappelijke wereld aan de CAM therapie wordt geschonken en het gebruik ervan door het Amerikaans publiek. Zo vond het Instituut voor Geneeskunde bijvoorbeeld 79 systematische reviews over acupunctuur en 38 studies over homeopathie (waardoor ze op de 3de en de 4de plaats komen van alle CAM therapieën), maar de NHIS vond dat per jaar slechts minder dan 1,5% van de volwassen populatie in de Verenigde Staten van deze therapieën gebruik maakte[21].
Acupunctuur is specifiek voor lage rugpijn wel één van de meest gebruikte CAM therapieën, en rugpijn is de belangrijkste reden voor het bezoek aan een acupuncturist[6,22-23].
Op verzoek van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft het KCE een stand van zaken opgemaakt voor de vier niet-conventionele behandelingen die sinds 1999 in België omkaderd werden door

de “wet Colla”, o.a. acupunctuur, homeopathie, chiropraxie en osteopathie. In 2009 had 3% van de ondervraagde personen (telefonische enquête) een acupuncturist geraadpleegd tijdens de laatste 12 maanden en is er over het algemeen tevreden over[6]. Over het algemeen verwerpen deze personen de conventionele geneeskunde niet, maar doen op deze twee types praktijken eerder een beroep als aanvulling op elkaar, voornamelijk op basis van mond-tot- mondreclame of via het internet.
Volgens de online geraadpleegde beoefenaars worden acupuncturisten voornamelijk geconsulteerd door volwassenen voor klachten met betrekking tot het spier- en skeletstelsel, of voor stress (waaronder migraine en slapeloosheid). Lage rugpijn was de voornaamste reden (bijna 90%) waarom mensen een beroep doen op een acupuncturist.
Het gebruik van acupunctuur en andere CAM-therapieën voor lage rugpijn blijkt ook in andere landen hoog te zijn en het CAM gebruik gaat in stijgende lijn. De prevalentie van CAM-gebruik over een periode van 12 maanden varieert wereldwijd tussen de 26 en 76% en de meest voorkomende kenmerken van CAM-gebruikers daarbij zijn: vrouw zijn, tewerkgesteld, goed opgeleid, ziekteverzekering hebben, en hoger-dan-gemiddelde inkomens. Problemen van het spier- en skeletstelsel, zoals lage rugpijn , zijn wereldwijd vaak voorkomende redenen voor CAM gebruik[22, 24, 25, 26, 27, 28].

4.1.2. Definitie van Acupunctuur

We hanteren de definitie van acupunctuur zoals beschreven op de NCCAM website en in het KCE rapport Acupunctuur: Acupunctuur is een praktijk gebaseerd op de traditionele geneeskunde die afkomstig is uit China en andere Aziatsiche landen en die daar reeds meer dan 2000 jaar wordt beoefend. Bij acupunctuur worden naalden in de huid en in de weefsels ingebracht op zeer specifieke plaatsen. Verwante technieken zijn o.a. het stimuleren van deze punten door middel van hitte (moxatherapie), druk, stimulatie door elektriciteit of door ultrasoontrillingen.
Acupunctuur is één van de sleutelcomponenten in de traditionele Chinese geneeskunde en is het gevolg van door de eeuwen heen geaccumuleerde medische ervaringen. Deze geneeskunde maakt gebruik van concepten uit de traditionele Chinese geneeskunde, zoals de meridianen, Qi en Yin en Yang[6,29].
Westerse wetenschappers kunnen de meridianen moeilijk identificeren omdat ze niet rechtstreeks overeenkomen met patronen van zenuwbanen of bloedcirculatie. Sommige onderzoekers vermoeden dat meridianen zich verspreiden doorheen het connectieve weefsel van het lichaam. Andere geloven niet dat Qi bestaat. Deze meningsverschillen hebben ervoor gezorgd dat acupunctuur een bron is van wetenschappelijke controverse[29].

4.1.3. Mechanisme

In de Traditionele Chinese Geneeskunde wordt de mens beschouwd als een integraal deel van de natuur en als een combinatie van lichaam, Qi en ziel. Doordat zij de stroom van de Qi en het bloed bevorderen, dragen acupunctuurpunten bij tot het herstellen van het relatieve evenwicht tussen *Yin* en *Yang*, het harmoniseren van de werking van de organen en leidt op die manier tot een toestand van gezondheid. Niettegenstaande dit oude theoretische systeem esoterisch van aard is, is het volgens Chinese onderzoekers niet zo onrealistisch. Door het feit dat de theorie gebaseerd is op klinische observaties over een periode van 2000 jaar en de effectiviteit van acupunctuur doorheen de tijd onderzocht en bewezen is, heeft de therapie een zekere “geloofwaardigheid” verkregen[30]. Maar voor mensen die geen oog hebben voor de filosofische grondslagen en de geschiedenis, gaat het om een mystieke therapie. In de onderzoeksliteratuur naar het werkingsmechanisme van acupunctuur duiken meestal twee thema’s op: De Qi en fysiologische

mechanismen.

De Qi :

In TCM gaat men ervan uit dat acupunctuur er mede voor zorgt dat De Qi (aankomen van de Qi) op een efficiente manier door de meridianen kan stromen[31]. Fijne naaldjes worden op bepaalde punten op deze meridianen ingebracht om de natuurlijke geneeskracht van het lichaam te stimuleren. Stimulatie door acupunctuur activeert De QI, een geheel van unieke sensaties. Volgens de traditionele Chinese Geneeskunde wordt deze activatie van De Qi door patiënten vaak beschreven als 酸 (pijn of irritatie), 麻 (verdoving of tinteling), 胀 (volheid, uitzetting, of druk), 肿(zwaarte) en door de acupuncturist (bij het vastnemen van de naald) als gespannen, strak en vol. Men gelooft dat De Qi een belangrijke variabele kan zijn in studies naar de effectiviteit van acupunctuurbehandeling[32]

In de afgelopen jaren zijn er serieuze pogingen ondernomen om De Qi te begrijpen. Er bestaan een aantal vragenlijsten die proberen De Qi sensaties te kwantificeren en te kwalificeren. Maar er bestaat nog geen concensus op dit vlak. In de studies ging het om beeldvormingsonderzoek van De Qi en van acupunctuur, de fysiologische mechanismen van De Qi en de relatie tussen De Qi en klinische effectiviteit.

De Qi wordt verondersteld het belangrijkste mechanisme te zijn in het produceren van de effecten van acupunctuur[33,34]. De sensaties die met De Qi gepaard gaan, worden beschouwd als het gevolg van het genereren van een vrijstelling van spinale en supra-spinale beta-endorphines, proinflammatoire neuropeptides en een toename van de perifere circulatie [35] . Moderne beeldvorming heeft unieke mogelijkheden gecreëerd om de dynamische respons van het ganse brein op acupunctuur, die op een specifieke regionale localisatie wordt toegepast, te observeren. Functional magnetic resonance imaging (fMRI) en positron emission tomography (PET) naar de meest gebruikte acupunctuurpunten hebben het limbisch en paralimbisch systeem, de hypothalamus en de subcorticale grijze structuren als belangrijke componenten aangeduid in het bekomen van de effecten van acupunctuur en De Qi[36, 37,38]. fMRI studies hebben eveneens een positieve correlatie aangetoond tussen de hemodynamische en psychofysiologische responsen van een persoon, en gevonden dat intense De Qi sensaties een sterke deactivatie van het limbisch systeem induceren, wat resulteert in een klinisch gunstig effect[39 , 40]. Maar er is ook bewijs van het tegendeel[41].

Tot nu toe zijn er geen studies die systematisch de relatie tussen de diverse aspecten van De Qi en behandeleffecten hebben onderzocht. Er bestaat nog altijd geen nauwkeurige gerandomiseerde gecontroleerde studie die De Qi voor acupunctuur als concept noodzakelijk maakt.

Fysiologische Mechanismen:

Recent is er een systematische review gepubliceerd die op basis van 79 klinische trials een overzicht biedt van de fysiologische verklaringen voor de werkzaamheid van acupunctuur[38]. 53 studies (67%) poneerden een fysiologische basis voor acupunctuur: 33 daarvan (62% van 53) schoven een activering van neurochemische mechanismen naar voor.; 2 studies (4%) segmentale zenuwstelseleffecten, 6 studies (11%) regulatie van het autonoom zenuwstelsel, 3 (6%) locale effecten (weefsel of zenuwen of mechanische effecten op bindweefsel). 5 studies (9%) spraken over effecten op het functioneren van het brein en gebruikten fMRI om acupunctuurpunten te correleren aan bepaalde zones van het brein met specifieke sensorische en motorische functies[42,43,44,45,46]. Zo onderzocht Siedentopf et al bijvoorbeeld de specifiek ipsilaterale cerebrale effecten bij laseracupunctuur op acupunctuurpunt GB43 met fMRI. Dit onderzoek ondersteunt de hypothese dat acupunctuur gemedieerd wordt door de meridianen, aangezien er bij meridianen geen cross-over is naar de andere kant[45].

Er bestaan 36 studies die het analgetisch effect van acupunctuur nagaan. De meeste van die studies (2 van de 36) toonden een vrijstelling van neurochemische, meestal endogene opioïden (beta-endorfines, enkefalines en dynorfines) of serotonine aan. Twee studies schoven segmentale effecten of de "poort theorie" naar voor als het belangrijkste mechanisme, specifiek voor analgesie[47]. Sensorische input van acupunctuur wordt verondersteld te interfereren met nociceptieve pijnsignalen in de dorsale hoorn op niveau van het ruggenmerg door de dalende inhiberende route te activeren en de vrijsteling van opioïden en serotonine te stimuleren[47,48].

Een ander mechansime met betrekking tot het analgestisch effect van acupunctuur staat vermeld op de website van de NCCAM en zou te maken hebben met de geleiding van electromagnetische signalen. Het stimuleren van punten door acupunctuur kan ervoor zorgen dat electromagnetische signalen met een grotere snelheid kunnen overgebracht worden dan onder normale omstandigheden. Deze signalen kunnen het vrijstellen van verdovende biochemische stoffen zoals endorfines in gang zetten en cellen van het immunsysteem naar specifieke locaties zenden, zones die beschadigd zijn of ontvankelijk voor ziektes[49].

De dominante verklaring voor de werkzaamheid van acupunctuur heeft te maken met neurochemische reacties en een aantal studies aan de hand van moderne beeldvormingstechnieken (fMRI en PET) kon de specificiteit van het acupunt in het limbisch-mediaal prefrontaal netwerk aantonen[40,42,43,45,50 ,51]. Hoewel de resultaten heterogeen waren, suggereren de meeste studies vanuit een beschrijvend perspectief, dat acupunctuur de activiteit in bepaalde hersenzones kan moduleren, en een aantal van deze resultaten werden al bevestigd in meta-analyses. Meer studies van hoge kwaliteit en met een transparante methodologie zijn nodig om de consistentie tussen de verschillende studies te verbeteren[51]

Bij de reactie van het brein op acupunctuurstimulatie gaat het om een uitgebreid netwerk. De neurochemische verklaring wordt niet enkel naar voor geschoven voor analgesie, maar ook voor slapeloosheid, nausea/braken, obesitas, Parkinson, effecten op bloeddruk, immuniteitsfunctie, colitis, vasomotore symptomen en lage oesofagale sfincter ontspanning. Dus dezelfde punten kunnen gestimuleerd worden voor verschillende indicaties, en omgekeerd kan één enkele indicatie met verschillende punten behandeld worden, punten die zelfs kunnen verschillen van consult to consult. Het zou kunnen dat acupunctuur zelfregulerende processen stimuleert onafhankelijk van het behandelobjectief of acupunctuurpunt en dit zou de positieve effecten van acupunctuur op zoveel verschillende pathologische condities kunnen verklaren[38].

4.1.4. Bijwerkingen

Acupunctuur wordt over het algemeen beschouwd als een veilige behandeling voor chronische lage rugpijn.

Het grote gerandomiseerde onderzoek van Witt in 2006 met 11630 chronische lage rugpijn patiënten liet eveneens zien dat acupunctuur een veilige interventie is. In totaal, ervaarden 6 percent van de patiënten (n = 646) bijwerkingen na de acupunctuur. In de helft van die gevallen ging het om minimale lokale bloedingen of hematoom, de rest rapporteerde pijn (vb, van het prikken), vegetatieve symptomen en andere bijwerkingen, maar er werden geen levensbedreigende bijwerkingen gemeld[23].

Furlan komt in een systematische review van 2012 tot hetzelfde besluit. De bijwerkingen die werden gerapporteerd, gebaseerd op 39 RCTs, waren meestal matig en van voorbijgaande aard. De meest voorkomende meldingen waren stramheid/pijn op de plaats van het prikken, blauwe plekjes, licht in het hoofd, minimale bloedingen, duizeligheid en hoofdpijn. De proportie van patiënten die melding maakte van negatieve bijwerkingen verschilde niet van die groepen waar met TENS was gewerkt of met groepen die de usual care kregen[52].

4.1.5 Sham acupunctuur

Sham acupunctuur wordt gebruikt als controle in vergelijkende studies naar de effetiviteit van acupunctuur bij de behandeling van diverse ziektes of stoornissen. De originele hypothese luidt als volgt: indien echte acupunctuur niet significant effectiever is dan sham acupunctuur, dan is het effect van acupunctuur hoogst waarschijnlijk te wijten aan conditionering en het placebo effect.
Er bestaat geen consensus rond wat een standaard sham gecontroleerde interventie is. Volgens de huidige studies, kunnen sham acupunctuur interventies ingedeeld worden in 3 verschillende manieren van prikken of drukken: (1) nagebootste niet-penetratie op dezelfde punten als die die worden gebruikt bij echte acupunctuur[53,54] ; (2) oppervlakkig prikken op niet-acupunctuurpunten zonder stimulatie[53, 54, 55, 56]; (3) lidocaine injecties (2%) op niet-acupunctuurpunten plus oppervlakkig prikken zonder stimulatie[56].
Rond het feit of sham acupunctuur kan dienen als placebo, bestaat nog heel wat discussie. Zoals algemeen geweten zou aan twee criteria moeten voldaan worden bij placebo gecontroleerde groepen: onderzoekssubjecten en artsen zouden moeten dubbel blind zijn en er zouden geen farmacodynamieken of neveneffecten moeten kunnen ervaren worden door de patiënten.
Het is moeilijk om aan deze twee criteria te voldoen in klinische trials naar acupunctuur.
Wat betreft het eerste criterium voor een goede placebo controle is het moeilijk zowel voor onderzoekssubjecten als artsen om blind te zijn. Het sterkste bewijs tot nu toe voor het ondersteunen van de effectiviteit van acupunctuur werd verkregen door gebruik te maken van enkel-blind benaderingen die niet voldoen aan de methodologische standaarden voor blinde studies in de huidge medische wetenschap. Om dit methodologisch probleem op te lossen ontwierp Takakura et al in 2010[57] een double-blind placebo naald. Maar het is nog te vroeg om conclusies te trekken over de haalbaarheid van deze dubbel-blind acupunctuurnaalden in gecontroleerde acupunctuurstudies. Dit dient nog gevalideerd te worden in verder onderzoek.
Wat betreft het tweede criterium voor een goede placebo controle, de patient die geen farmacodynamieken of bijwerkingen mag ervaren, is er op dit moment nog veel discussie. De sham/ placebo acupunctuurcontrole groepen voldoen niet aan het tweede criterium van een klassieke placebo controle groep, omdat het opzet van sham acupunctuur controle groepen equivalent was aan andere methoden van prikken. Dus is het volgens sommige onderzoekers[30,52] mogelijk dat sham acupunctuur groepen dezelfde fysiologische effecten kunnen teweeg brengen als echte acupunctuurgroepen. Furlan, et al. geeft aan dat sham acupunctuur, door minimale aanraking of penetratie van de huid mogelijks het effect heeft van ‘diffuse noxious inhibitory controls’ (DNIC) waar neuronen in de dorsale hoorn van het ruggenmerg in sterke mate onderdrukt worden wanneer éénder welk deel van het lichaam een nociceptieve stimulus ontvangt, die anders is dan hun excitatorische receptieve velden. Dit zou kunnen verklaren waarom onderzoek dat gebruik maakte van sham acupunctuur eerder negatieve tresultaten liet zien (dwz, statistisch niet significant) bij een vergelijking tussen acupunctuur en sham gecontroleerde placebo groepen[52].
Het is moeilijk om tot een definitief besluit te komen omwille van de heterogeniteit van de klinische studies naar sham controle. Er blijft veel discussie bestaan rond verschillende aspecten van dit thema. Er is geen standaardprocedure voor de sham controle interventie. De controle groepen in de actuele sham acupunctuur gecontroleerde studies voldoen niet aan de twee basiscriteria voor placebo. In die zin kunnen dergelijke sham acupunctuur gecontroleerde studies niet dienen als een betrouwbare basis om een effect van acupunctuur te bepalen dat placebo overstijgt[30].

4.2. Literatuuronderzoek van kwantitatieve studies

4.2.1. Stand van zaken: literatuur onderzoek naar acupunctuur en chronische lage rugpijn

In deze masterproef, hebben we sysmatisch de literatuur van de afgelopen 10 jaar, voornamelijk SR'S en MA'S en een klein aantal RCT'S naar acupucntuurbehandeling voor lage rugpijn bestudeerd. Het gaat om onderzoek in zowel de algemeen aanvaarde westerse databases als Chinese databases. Er zijn op verschillende gebieden bij de acupunctuurbehandeling voor lage rugpijn essentiële verschillen tussen de Chinese en de Engelstalige studies: de diagnostische criteria voor lage rugpijn; de doelgroep; de studie-orientatie; de methodologie van de studies.

Verschillen qua diagnostische criteria en de doelgroep

In 2014 publiceerde Lin et al. een systematisch review van RCT's naar de behandeling van lage rugpijn met acupunctuur die gepubliceerd werden in China en de westerse landen in de periode van 2002 tot 2012. Het ging om 53 Engelstalige studies en 115 Chinese RCT's[30].

De diagnoses zijn verschillend wat betreft het definiëren van het concept "lage rugpijn"[30]. Lage rugpijn (LBP) is de verzamelnaam voor verschillende uiteenlopende aandoeningen die zich manifesteren met pijn gelokaliseerd in de lage rug. Het gaat hier meer om een "klinische" diagnose dan een "etiologische" diagnose. Maar in China, wordt "lage rugpijn " beschouwd als een symptoom van een lage rugproblem en de diagnose "lage rugpijn" is etiologisch gebaseerd.

De term "lage rugpijn" werd als studieobject in 90,57% van de Engelstalige studies gebruikt, waarvan 40 studies (85.11%) als studieobject "niet specifieke lage rugpijn" hadden en in 1.89% ging het over HNP (Hernia nuclei pulposi). Daarentegen focussen 102 Chinese studies (89.74%) zich op "specifieke lage rugpijn", waarbij het in 87.18% om HNP ging. In de rest van de studies (10.26%) ging het om "Chronic lumbar muscle strain", "lumbar muscle myofascitis" wat overeen komt met de diagnose "aspecifieke lage rugpijn "in het westen. Geen enkele Chinese studie gebruikte als studieobject "lage rugpijn" of "chronische lage rugpijn".

Er is nog altijd discussie tussen westerse en Chinese onderzoekers wat betreft de diagnose van "lage rugpijn". Bovendien schenken Chinese onderzoekers meer aandacht aan het onderzoeken van specifieke lage rugpijn. De studies naar acupunctuur voor lage rugpijn zijn in het westen en in China niet gericht op dezelfde doelgroep.

Verschillen in studie oriëntatie

De studie oriëntatie van de Engelstalige studies besloeg een veel ruimer gebied, gaande van het evalueren van de effectiviteit, diagnostische patronen, veiligheid van de acupunctuurbehandeling, tot sham acupunctuur, evaluatie van nieuwe placebo-naalden, en secundaire analyses van RCT's. De studie oriëntatie in de Chinese literatuur daarentegen was meer verfijnd en concentreerde zich vooral op de evaluatie van de acupunctuurbehandeling voor lage rugpijn waarbij het onderzoek zich richt op de vele verschillende behandelmethodes van het verleden en van het heden. Er zijn geen studies naar Sham acupunctuur. Dus in de Chinese studies ging het om een verdiepende studie naar de acupunctuurbehandeling gebaseerd op de theorie van de traditionele Chinese geneeskunde, die nog niet volledig begrepen en aanvaard is in het westen, waar nog meningsverschillen bestaan over het al of niet werkzaam zijn van acupunctuur als therapie voor medische condities[30].

Verschillen in methodologie in de Engelstalige en Chinese literatuur

Het wereldwijd gebruikte CONSORT (CONsolidated Standards of Reporting Trials) werd ontwikkeld in 1996, en werd geupdate in 2001. De laatste CONSORT richtlijnen werden gepubliceerd in 2010. Het

doel van het CONSORT is het verbeteren van de rapportage van gerandomisserde gecontroleerde trials (RCT), het in staat stellen van lezers om het design, de uitvoering, de analyse en de interpretate van de studie te begrijpen en de validiteit van de resultaten te evalueren via een transparante rapportage van informatie betreffende de methodologie en de resultaten. De CONSORT extension for reporting Acupuncture Interventions, STRICTA (Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture) richtlijn 2010 heeft als doel ervoor te zorgen dat onderzoek naar acupunctuur accurater kan worden geïnterpreteerd en gemakkelijker kan worden gerepliceerd[58].

In 2010 erkenden de Chinese onderzoekers[59] het merendeel van de artikelen van vier internationale medische tijdschriften (the New England Journal of Medicine, the Journal of American Medical Association, The Lancet, the British medical Journal) als zijnde gerandomiseerde gecontroleerde studies van hoge kwaliteit dit volgens het ontwerp en de rapportage standaard van CONSORT en STRICTA. Maar tot in 2001, maakten de Rct's van de drie belangrijkste tijdschriften voor acupunctuur in China (Chinese acupuncture and moxibustion, Shanghai acupuncture, acupuncture clinical research) minder dan 20% uit van de klinische onderzoeksartikelen. Sommige daarvan zijn zelfs van lage kwaliteit[60].

In de systematische review van Lin in 2014, werd geconcludeerd dat het gros van de RCT'S naar acupunctuur bij LBP –zowel in westerse als Chinese studies niet voldeden aan de randomisatie criteria zoals vooropgesteld door het CONSORT. Maar in vergelijking tot het westers onderzoek is er toch een grote kloof in studiedesign met de Chinese studies: er is geen enkele Chinese studie, maar 3.7% van de westerse studies, die voldoet aan de drie stappen voor toewijzing voor randomisatie volgens de CONSORT statement en in 11.97% van de Chinese RCT'S werd enkel voldaan aan de allocation sequence generation. Er was slechts in één enkele Chinese studie sprake van enkel blind onderzoek. In contrast daarmee werd 45.28% (24 of 53) van de westerse studies beschreven als blind gecontroleerd, 17 daarvan voerden een enkel blinde controle uit, zeven andere waren dubbel-blind.

In 2016, bleek uit een SR in China dat de kwaliteit van de rapportage van 1978 RCT's naar acupunctuur en moxibustie gepubliceerd in Chinese tijdschriften verbeterd is sinds de introductie van CONSORT and STRICTA in China. Hoewel het percentage voor alle items was verhoogd, blijft de compliance voor verschillende belangrijke methodologische componenten eerder laag[61]. Dus er moet nog altijd meer aandacht besteed worden aan de wetenschappelijke methodologie in Chinese studies naar acupuctuur bij LBP.

Besluit:

In de literatuur naar acupunctuur bij lage rugpijn vinden we op vier domeinen verschilpunten tussen westerse en Chinese onderzoekers (diagnose classificatie; doelgroep; studie oriëntatie ; onderzoeksmethodologie). Op het gebied van onderzoeksmethodologie moet in Chinese studies nog meer aandacht gegeven worden aan wetenschappelijke methodologie. De verschillen op de drie andere domeinen kunnen ook leiden tot het mislopen van belangrijke besluiten van elkaars onderzoeken en ervaringen. Niet alleen kunnen deze verschillen leiden tot verdere menigsverschillen betreffende de details van onderzoeksprocessen en resultaten, maar het zorgt er ook voor dat het moeilijk is de academische verdiensten van deze studies te calibreren. Lin roept op tot een betere samenwerking en communicatie tussen Westerse en Chinese onderzoekers, waarbij de westerse technologische onderzoeksbronnen en de Chinese academische bronnen samengebracht kunnen worden met het oog op de vooruitgang van de acupunctuur[30].

4.2.2. Acupunctuur in de richtlijnen voor chronische lage rugpijn

Wat betreft de behandeling van CLBP is de internationale tendens om zoveel mogelijk conservatief te behandelen, het belang van een actieve levensstijl te benadrukken en terughoudend te zijn met invasieve

interventies. Aangezien recente evidence based studies een toegenomen evidentie en aandacht voor acupunctuur lieten zien, waren we benieuwd om te zien of acupunctuur in de binnen- en buitenlandse richtlijnen is opgenomen als een aanbevolen thearapie voor CLBP.

KCE (Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) - In het rapport voor chronische lage rugpijn van het KCE wordt acupunctuur vermeld als behandeling voor CLBP. Het bewijs voor de effectiviteit van acupunctuur bij CLBP is gematigd en tegenstrijdig, maar acupunctuur krijgt een betere quotering in vergelijking met klassieke chirurgicale behandeling (discectomie, artrodese) en andere invasieve behandelingen[19] waarvan de evidentie laag tot zeer laag scoort.

Domus Medica en SSMG (La Société Scientifique de Médecine Générale) – Er bestaat momenteel geen richtlijn voor lage rugpijn in Domus Medica. De Waalse richtlijn van de SSMG behandelt zowel acute, subacute als chronische lage rugpijn, maar maakt geen melding van acupunctuur.

NICE (National Institute for Clinical Excellence) - Acupunctuur wordt aangeraden voor patiënten specifiek gediagnosticeerd met NSCLBP[62]. Acupunctuur staat vermeld bij de kernprioriteiten voor de behandeling. Naast het geven van informatie en advies om het self-management van patiënten te vergroten, staat acupunctuur op dezelfde hoogte als gestructureerde oefenprogramma's en een kuur van manuele therapie. Acupunctuur is ook de enige invasieve procedure in de NICE richtlijnen die aangeraden wordt bij NSCLBP gaande tot 10 sessies over een periode van 12 weken.

HAS (Haute Autorité de la Santé) – In de Franse richtlijn staat de effectiviteit van acupunctuur en electro-acupunctuur voor chronische lage rugpijn als niet bewezen, maar acupunctuur wordt wel vermeld in het deel 'pijnhantering' op dezelfde hoogte als andere behandelingen, zoals spierontspanners, massage, TENS en balneotherapie als mogelijke opties, als toevoeging of als vervanging van analgetica. De bruikbaarheid van electro-acupunctuur moet nog verder bepaald worden. Electro-acupunctuur lijkt een verlichting van de pijn te geven op korte termijn, maar het nut op het ziekteproces op lange termijn is volgens de HAS nog niet duidelijk.

CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing) en de NHG-standaard (Nederlands Huisartsen Genootschap) - Het beleid voor chronische aspecifieke lage rugpijn in Nederland is ongeveer gelijklopend in de twee bestaande richtlijnen. Acupunctuur wordt niet aanbevolen voor acute aspecifieke lage rugpijn vanwege gebrek aan (eenduidig) bewijs, en het niet-activerende karakter van de behandeling. Acupunctuur wordt niet besproken in de CBO richtliijn voor NSCLBP. En acupunctuurbehandeling wordt in de NHG Standaard eveneens niet vermeld noch bij acute aspecifieke lage rugpijn als bij NSCLBP[7,63]. De reden dat acupunctuur niet in de Nederlandse richtlijnen wordt aanbevolen en geen deel uitmaakt van het verzekerde basispakket, ligt bij het feit dat volgens het CBZ (College voor Zorgverzekeringen) in een recent rapport over de behandling van NSCLBP nog teveel onzekerheid bestaat rond verschillende aspecten van acupunctuur, ondanks de positieve studies. Volgens het CVZ kan een interventie bijvoorbeeld alleen deel uitmaken van de verzekerde zorg als die ondersteund wordt door een verondersteld werkingsmechanisme. Maar dit zou wel aanleiding moeten zijn voor verder onderzoek naar het werkingsmechanisme en naar de vraag welk onderdeel van de behandeling nu werkelijk het actieve bestanddeel is[10]

Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Kreuzschmerz - In Duitsland wordt acupunctuurbehandeling niet aangeraden bij acute niet specifieke lage rugpijn. Voor NSCLBP voorzien de richtllijnen een beperkte toepassing voor acupunctuur behandeling, maar enkel wanneer alle andere therapeutische benaderingen met een hogere aanbeveling zijn uitgeput. Als nadelen worden vermeld dat het een tijdsintensieve therapie is die patiënten niet toelaat over te gaan tot autonome activiteiten.

Institute of Health Economics (IHE)- "Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain" de meest recente Canadese richtlijn van december 2015, die ook opgenomen is in the CMA (Canadian Medical Association) Infobase (een database van Canadese evidence-based CPGs), beveelt acupunctuur,

net als patiënten-educatie, oefentherapie, analgetica, actieve community-based revalidatieprogramma's, self-management en cognitieve gedragstherapeutische programma's aan als stand alone therapie of als als adjuvans bij een actief behandelprogramma voor chronische NSLBP[12].

ACP-APS (American College of Physicians en de American Pain Society) – In 2007 werd een richtlijn uitgebracht die acupunctuur voorstelt als keuzemogelijkheid wanneer patiënten met chronische LBP niet verbeteren via zelf-zorg en andere niet-medicameteuze therapie (intensieve interdisciplinaire revalidatie, oefentherapie, massage, spinale manipulatie, yoga, cognitieve gedragstherapie of progressieve relaxatie)[64].

De Europese richtlijn- In deze richtlijn in 2004 werd acupunctuur niet aangeraden in de behandeling van NSCLBP met als motivatie dat studies van hogere kwaliteit naar de effectiviteit van acupunctuur noodzakelijk zijn[65]. Er is tegenstrijdig bewijs dat acupunctuur beter is dan een sham procedure voor de behandeling van chronische lage rugpijn. Er is eveneens matig bewijs dat acupunctuur niet effectiever is dan trigger point injecties en TENS. Het bewijs dat therapeutische acupunctuurmassage beter is dan klassieke massage en dat acupunctuur minder effectief is dan massage en spinale manipulatie, is beperkt. Er is eveneens beperkt bewijs dat acupunctuur gelijkwaardig is aan opvoeding rond zelfzorg en beter dan houdingstraining en beweging volgens de concepten van Bruegger[66]. Ook voor het positieve effect van het toevoegen van acupunctuur aan de standaard behandeling door de huisarts of aan conventionele behandeling is beperkt bewijs.

WHO (World Health Organisation) - In 2008 publiceerde de WHO de richtlijnen voor de behandeling van volwassenen met chronische pijn gelinkt aan niet maligne condities zoals lage rugpijn, artritis en fibromyalgia. Twee grote behandelcategorieen werden onderscheiden: medicamenteuze behandeling en niet medicamenteuze behandeling. Acupunctuur en TENS worden beschouwd als perifere stimulatietherapie en worden aanbevolen voor de behandeling van chronische niet-maligne pijn bij volwassenen[66].

Besluit:

In de laatste tien jaar hebben slechts een aantal klinische richtlijnen (NICE, IHE, ACP/APS en KCE, WHO) het gebruik van acupunctuur aanbevolen of beperkt aanbevolen (HAS, NVL) bij de behandeling van NSCLBP; Acupunctuur werd niet aangeraden in de Europese richtlijn omwille van het gebrek aan studies van hoge kwaliteit en acupunctuur wordt niet vermeld in de NHG-standaard , de CBO richtlijn en SSMG voor de behandeling van NSCLBP.

4.2.3. Evidentie op basis van SR/MA en RCT'S

In de afgelopen 10 jaar is heel veel onderzoek gevoerd naar het gebruik van acupunctuur bij chronische lage rugpijn, omwille van de significante financiële en sociale last geasssocieerd met lage rugpijn. Het meeste onderzoek was gericht op het identificeren van effectieve behandelingen voor NSLBP [23,55,56,67,68, 69,70,71.] In deze thesis worden SR/MA and RCT'S onderzocht van de afgelopen 10 jaar.

Studies naar de effectiviteit van acupunctuur bij chronische lage rugpijn richtten zich op : Acupunctuur versus geen behandeling; Acupunctuur toegevoegd aan conventionele behandeling versus conventionele behandeling; Acupunctuur versus conventionele therapie (routine behandeling, medicatie, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), oefeningen en manpulatie van de wervelkolom, kinesitherapie); Acupunctuur versus sham acupunctuur.

4.2.3.1 Acupunctuur versus Geen Behandeling.

Tot nu toe zijn er drie Systematische Reviews over NSCLBP en acupunctuur[55,68,71]. De Systematische

Review van Lam et al in 2013 is de eerste SR-MA die exclusief onderzoek doet naar acupunctuur en het effect van NSCLBP, en waarbij ook electroacupunctuur en auriculo-acupunctuur zijn opgenomen. In het algemeen liggen de resultaten van deze SR-MA in dezelfde lijn als 4 vroegere SRs die bij deze populatie zijn uitgevoerd. Acupunctuur had een gunstig effect op pijn en liet een verbetering van het activiteitsniveau zien in vergelijking tot geen behandeling bij patiënten met NSCLBP [55, 70, 71,72, 73] .
Liu (2015) et al , hebben een overzicht gepubliceerd van de systematische reviews naar acupunctuur bij lage rugpijn met als doel een systematisch onderzoek te doen naar de sterkte van de huidige bewijskracht en een kritische evaluatie te bieden van het resultaat dat voortvloeit uit de bestaande systematische reviews. Daarmee omzeilen ze de beperkingen van één enkele systematische review. Tot nu toe is dit de grootste systematische review. Ze evalueren de resultaten van 16 systematische reviews (13 engelstalige, 3 chinese , 1 japanse) waarvan 13 met MA. De drie Chinese systematische reviews focusten zich exclusief op chronisch specifieke lage rugpijn (SCLBP) op RCTs van HNP[74,75,76].
Op basis van 7 systematische reviews[52,54,55,56,70,7177] (twee van hoge kwaliteit, drie van gemiddelde kwaliteit en twee van lage kwaliteit), blijkt acupunctuur klinisch effectiever voor pijnverlichting en functionele verbetering dan geen behandeling op korte termijn follow-up (8w, 3m). Bovendien zijn de algemene effectgroottes gemiddeld tot groot voor beide criteria. De huidige conclusie blijft behouden, ook na het uitvoeren van een sensitiviteitsanalyse waarbij de systematische reviews van lage kwaliteit niet werden opgenomen.

4.2.3.2. Acupunctuur toegevoegd aan Conventionele Therapie versus Conventionele Therapie

In de meeste studies vallen usual care[55] of actieve behandeling zoals kinesitherapie of oefentherapie[56,71, 70,77] onder Conventionele Therapie. Er zijn verschillende studies die acupunctuur toegevoegd aan conventionele therapie vergelijken met enkel conventionele therapie.
Vijf systematische reviews[55,56,70,71,77] (één van hoge kwaliteit, twee van gemiddelde kwaliteit en twee van lage kwaliteit), ondersteunen op consistente wijze het gebruik van acupunctuur als een zinvolle toevoeging aan Conventionele Therapie, in die zin dat op korte termijn klinische relevante verbeteringen waar te nemen zijn qua pijn en qua functionaliteit bij de behandeling van chronische lage rugpijn [78]. Wat betreft pijnniveaus, toonden twee van de drie systematische reviews via pooled effects dat de verschillen qua effect gemiddeld tot groot waren[71,70] en de derde studie toonde een statistisch maar niet klinisch significant effect[55]. Qua functionaliteit lieten drie systematische reviews ruime effectgroottes zien[55,71,70]. Deze conclusies bleven behouden na een sensitiviteitsanalyse met uitsluiting van twee systematische reviews[56,77].

Acupunctuur toegevoegd aan usual care versus enkel usual care

Er zijn veel RCT's waarin acupunctuur met usual care wordt vergeleken. Usual care omvatte psychoeducatie, pijnmedicatie (analgetica, anti-inflammatoire medicatie), primary care, adviezen, thuis oefenen, aanbevelingen qua levensstijl[52].
De consensus is dat patiënten die acupunctuur kregen bovenop de usual care significant grotere dalingen rapporteerden qua pijnniveaus en significante verbeteringen qua activiteitsniveaus en dit onmiddellijk na de interventie en bij follow-up in vergelijking met patiënten die enkel usual care kregen toegediend[55, 70,71,72,73,78].

Acupunctuur toegevoegd aan andere conventionele behandeling versus enkel andere behandeling

Er is consistent bewijs dat pleit voor de toevoeging van acupunctuur aan andere behandelingen, bv kinesitherapie, TENS, massage, manipulatie van de ruggegraat[55,56,73,70]. Het bewijs is consistent "hoog" of "gemiddeld". De effectgroottes waren gemiddeld tot hoog[56,73]. Dit suggereert dat acupunctuur een nuttige toevoeging kan zijn aan andere vormen van conventionele therapie voor chronische lage rugpijn.
In de praktijk wordt acupunctuur zelden als alleenstaande behandeling toegepast, maar veeleer als een toevoeging aan andere therapeutische modaliteiten[23,72]. Lam et al, suggereren dat het gebruik van acupunctuur zou moeten worden overwogen als een toevoeging aan de routine behandeling voor NSCLBP omwille van het feit dat acupunctuur effectief is in de behandeling van pijn en functionele beperkingen bij patiënten met NSCLBP[55].

4.2.3.3. Acupunctuur versus conventionele therapie

Wanneer acupunctuur vergeleken wordt met conventionele behandelingen, kunnen geen conclusies worden getrokken van de effectiviteit van acupunctuur in vergelijking tot de conventionele behandelmodaliteiten[72, 73].

Acupunctuur versus usual care en medicatie
Vergelijkingen van acupunctuur met medicatie (NSAIDs, spierontspanners, en analgetica) en usual care, lieten significante verschillen zien tussen de acupunctuur groep en de controle groepen, maar deze verschillen waren te klein om klinisch significant te zijn volgens de recente internationale consensus rond klinisch betekenisvolle verschillen qua pijnmetingen en functionele status voor lage rugpijn[55,79]. Zo vond bijvoorbeeld één studie[23] een significante verbetering qua pijn, functionaliteit en levenskwaliteit na acupunctuur in vergelijking tot usual care na 3 maanden. De verbetering qua pijn bij patiënten in de acupunctuurgroep was niet significant genoeg om het aantal gebruikte analgetica tijdens het onderzoek te verminderen[72].
In Furlan's SR-MA in 2012[52] werd aangetoond dat acupunctuur bij patiënten met NSCLBP tot significante dalingen leidde qua pijnintensiteit op korte en middellange termijn (6 mdn) in vergelijking met patiënten die usual care kregen (analgetica, anti-inflammatoire medicatie, primary care, doorverwijzing naar kinesitherapie). Het ging om studies van gemiddelde kwaliteit[80,81] en de klinische relevantie werd niet besproken.
In de SR-MA van Lam et al in 2013 is electro-acupunctuur opgenomen en wordt het effect ervan specifiek voor NSCLBP onderzocht. De studie toont dat patienten die electro-acupunctuur kregen significant minder pijn rapporteerden en minder beperkt waren in hun activiteitsniveau dan de controle groep (usual care) onmiddellijk na de interventie[35,80,82,83,84] en bij follow-up[35,80,85,86]. Er was een belangrijk statistisch significant verschil tussen de twee groepen onmiddellijk na de interventie en een gematigd significant verschil bij follow-up[55]. Maar consistent bewijs dient nog te worden aangetoond aan de hand van meerdere studies van hoge kwaliteit.

Acupunctuur versus andere conventionele therapie

De resultaten van de vergelijking van acupunctuur met andere vormen van conventionele therapie was minder consistent.
Tot nu is er geen bewijs dat acupunctuur beter is dan TENS voor de behandeling van chronische lage rugpijn[55,70]. In furlan's SR is acupunctuur niet beter dan andere behandelingen (massage, manipulatie van de

ruggengraat) en is er geen verschil met mobilistaie of laserbehandeling, maar is het wel beter dan fysieke interventies (licht, warmte, electrotherapie)[52,73]. Maar het is moeilijk om tot duidelijke besluiten te komen omwille van de heterogeniteit qua studiekenmerken en methodologieën. De effectiviteit van acupunctuur in vergelijking met andere vormen van conventionele therapie dient nog verder onderzocht te worden.
Lam et al[55] suggereren op basis van de resultaten tot hiertoe dat acupunctuur niet superieur is aan de conventionele behandelingen, maar dat het even effectief is voor de behandeling van pijn als deze conventionele benaderingen. Daarom kan acupunctuur een zinvol alternatief zijn voor patiënten die niet reageren op, allergisch zijn aan of negatief reageren op medicatie[55].

4.2.3.4. Acupunctuur versus sham acupunctuur

Zoals reeds onder punt 4.1.5 vermeld bestaat er nog geen consensus over het gebruik van sham acupunctuur als controle groep, maar over het algemeen genomen had acupunctuur, vergeleken met sham acupunctuur, een klinisch betekinsvolle pijnreductie tot gevolg zonder evenwel een impact te hebben die leidde tot een functionele verbetering[78,55,87]. Vier systematische reviews rapporteerden contradictorische resultaten wat betreft pijn reductie[53,54,55,56] maar de reviews die echte acupunctuur ondersteunden waren van betere kwaliteit en er werd beter nagedacht rond het poolen van de data. Twee systematische reviews (één van hoge kwaliteit en één van gematigde kwaliteit) vond statistisch significante effecten van authentieke acupunctuur voor pijnreducie in vergelijking tot sham acupunctuur en liet aan het einde van de behandeling een gematigd klinisch relevante effectgrootte zien[54,55], terwijl twee andere (één van gematigde kwaliteit en één van lage kwaliteit) gelijkwaardige resultaten aangaf[53,56]. Na een sensitiviteitsanalyse bleek het bewijs nog sterker voor het positieve effect van echte acupunctuur op zelfgerapporteerde pijn[78].

Besluit
Er is consensus dat acupunctuur effectiever is dan geen behandeling. Er is consistent bewijs voor de toevoeging van acupuncture aan andere therapieën[73]. Maar de resultaten van de review moeten geïnterpreteerd worden binnen de beperkingen van de studies.

4.2.4. Kloof tussen de evidentie vanuit de actuele evidence-based literatuur en CPGs

Recent werd een studie gepubliceerd die de impact onderzocht van het bewijsmateriaal voor CAM technieken (waaronder acupunctuur) bij lage rugpijn (LBP), gebaseerd op actuele systematische reviews en meta-analyses (SR-MAs), op de aanbeveling van acupunctuur in de actuele Clinical Practice Guidelines (CPGs)[88]
7 databases voor CPGs en 11 databases voor SR-MAs werden opgenomen om na te gaan of de belangrijkste CPGs het bewijs van CAM interventies bij atypische lage rugpijn hadden opgenomen. Bij de 7 CPG databases ging het om de National Guideline Clearinghouse (NGC), Guidelines International Network (G-I-N), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Deze werden aangevuld met 3 representatieve Oost-Aziatische databases voor CPGs: de Chinese National Knowledge Infrastructure (CNKI), de Korean Medical Guideline Information (KoMGI), en de Medical Information Network Distribution Service (MINDS) in Japan.
De 11 databases voor SR-MAs die de actuele bewijslast evalueren voor CAM interventies bij atypische lage rugpijn waren : de Cochrane Database of Systematic Review (CDSR), PubMed, MEDLINE, EMBASE, DH-DATA, AMED, Chinese databases (China Knowledge Resource Integrated Database, Wanfang database, and Chinese VIP information), een Koreaanse database (Oriental Medicine Advanced Searching Integrated

System), en een Japanese database (Japan Medical Abstracts Society).
16 van de 22 SR-MAs van matige kwaliteit, zoals geëvalueerd aan de hand van AMSTAR (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews), gingen over acupunctuur. De resultaten van deze SR-MA's tonen date er een matige aanbeveling is voor acupunctuur voor CLBP (1 SR: een matig negatieve conclusie; 5 SR-Mas: onvoldoende conclusief; 9 SR-Mas: licht positieve effecten). Er kunnen nog geen conclusies worden getrokken over acupunctuur voor (sub)acute LBP ten gevolge van het beperkte actuele bewijs.
Van de 13 CPGs met als inclusiecriterium matige kwaliteit zoals geëvalueerd met AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), waren er 7 CPGs (54%) die CAM interventies vermelden die acupunctuur ondersteunden. In 6 CPGs werd acupunctuur aanbevolen, maar alle CPGs gaven maar een zwakke aanbeveling of gaven een aanbeveling met een beperking in het aantal sessies[64,89,90,91,92,93].
Er is een kloof tussen de evidentie van de SR-MAs en de CPGs. Bij een vergelijking van de aanbevelingen in de CPGs en de SR-MAs zien we een onderschatten of weglaten van bewijs voor acupunctuur in actuele CPGs. De actuele CPGs reflecteren niet ten volle het toegenomen bewijs voor acupunctuur interventies bij CLBP op basis van recente relevante studies. Het huidig bewijsmateriaal voor acupunctuur moet ernstig onder de loep worden genomen tijdens het proces van het ontwikkelen en het bijwerken van het CPG systeem.

4.3. Literatuuronderzoek van kwalitatieve studies

Bij het uitvoeren van het tweede deel van het literatuuronderzoek hebben we de kwalitatieve studies van de laatste 10 jaar opgezocht naar acupunctuur en chronische lage rugpijn.
In dit tweede deel van het literatuuronderzoek voor deze masterproef zullen volgende overkoepelende them'a worden belicht: redenen voor gebruik, verwachting, het ervaren van de behandeling, behandeleffecten, therapeutisch model en kostprijs.

4.3.1. Redenen voor gebruik

Vier grote subcategorieën konden worden onderscheiden bij patiënten die acupunctuur gebruiken: ontevredenheid met de conventionele zorg, specifieke ideeën over gezondheid, positieve ervaringen en armoede.

Ontevredenheid met conventionele zorg
Ontevredenheid met conventionele zorg was het gevolg van de perceptie dat biomedische behandeling niet succesvol bleek en er niet in slaagde het symptoombeeld van sommige ziektes te verlichten[94]. In 2014, publiceerde Jakes et al een systematische review die op basis van 14 kwalitatieve studies ideeën rond gezondheid en de ervaringen met acupunctuurbehandeling analyseerde[95]. In deze studie bleek dat het veelal om chronische patiënten ging die moeilijk te helpen waren met biomedische behandelingen (vb, medisch onverklaarbare fysieke symptomen, rheumatoïde artritis, pijn, warmteopwellingen gelinkt aan de menopauze). Omgekeerd is het ook zo dat symptomatische biomedische behandeling tot onvrede kon leiden bij patiënten omwille van de perceptie dat de kern van het probleem niet was aangepakt[94]. Een andere bron van ontevredenheid had te maken met de bijwerkingen van de biomedische benadering en waren vaak de aanleiding om over te gaan tot acupunctuur. Het ging hierbij meestal om infecties na chirurgische ingrepen en negatieve reacties op medicatie. De daling van het medicatiegebruik werd door meerdere patiënten als een groot voordeel van acupunctuur gezien en de meeste patiënten gaven er bij intense pijn de voorkeur aan acupunctuur uit te proberen omdat ze niet positief stonden tegenover medicatiegebruik[96].

Specifieke ideeën rond gezondheid

Uit deze systematische review bleek dat ideeën die patiënten hebben rond gezondheid vaak een belangrijke factor zijn bij het gebruik van acupunctuur. Patiënten waren niet noodzakelijk op de hoogte van de theorie of de fiosofie van acupunctuur (in elk geval bij het begin van de behandeling), maar ze hadden op basis van hun ervaringen toch de neiging positief te reageren op een holistische benadering. Dit wijst erop dat de traditionele acupunctuurbehandeling een heel duidelijke reflectie biedt van haar fiosofische grondslagen[94,95,97,98].

Positieve ervaringen

Bishop et al.[99] vond dat het blijvend gebruik van CAM meer gelinkt was aan de positieve ervaringen met CAM, dan aan de negatieve ervaringen of percepties rond de reguliere zorg. In 2007 toonde een studie van de NHIS ook al dat de prevalentie van het gebruik van een bepaalde CAM methode door het publiek niets te maken had met de aandacht die door de wetenschap aan specifieke CAM modaliteiten wordt gegeven en evenmin afhankelijk is van het niveau van de wetenschappelijke evidentie van de gepubliceerde studies rond een bepaalde CAM modaliteit.

Armoede status

Zowel in 2002 als in 2007 toonde een studie van de NHIS (national health interview survey) in America dat een toestand van armoede ook een reden is waarom mensen op zoek gaan naar complementaire en alternatieve geneeskunde. Wanneer ze zich geen conventionele medische zorg konden veroorloven, zochten volwassenen vaker CAM modaliteiten op dan wanneer de kost van de conventionele zorg voor hen betaalbaar was[27].

4.3.2. Verwachting

Vaak wordt gedacht dat positieve verwachtingen geassocieerd zijn met betere resultaten voor CAM behandelingen. Ondanks het feit dat onderzoek inconsistente resultaten laat zien, blijven veel onderzoekers ervan uitgaan dat hogere verwachtingen van positieve effecten de behandeleffecten voor een gans palet van gezondheidsproblemen verhogen[100,101]. Vooral de verwachting van pijnverlichting wordt verondersteld een significante impact te hebben op het resultaat bij patiënten met chronische lage rugpijn[102,103]. Toch wordt dit laatste niet op een consistente manier ondersteund door klinische studies naar het gebruik van CAM behandelingen voor lage rugpijn. In een studie van Hopton hadden patiënten zonder ervaring met acupunctuur een hogere verwachting van pijnverlichting en was er toch minder winst dan werd geanticipeerd. Patiënten die al ervaring hadden met acupunctuur daarentegen, hadden een realistischere verwachting van de werkzaamheid[96].

Hsu C. suggereert dat de conflicterende resultaten naar de rol van verwachting in de resultaten van de acupunctuurbehandeling voor chronische lage rugpijn mogelijks het gevolg zijn van de verschillende definities die gehanteerd worden en de verschillende manieren waarop die verwachtingen worden gemeten. In hun recente studie stellen zij voor om het meten van die verwachtingen in studies te verfijnen en te standaardiseren[104]. Het concept verwachtingen overlapte met meerdere gerelateerde concepten, zoals "realistische verwachting, denken, geloven, en hopen". Meer bepaald de woorden "hoop" en "verwachting" werden soms door elkaar gebruikt en op andere momenten duidelijk van elkaar onderscheiden afhankelijk van de context.

Verwachtingen rond het resultaat van de behandeling kan geclusterd worden in vier kerndomeinen:

pijnverlichting, verbeterd functioneren met een toename van deelname aan betekenisvolle ativiteiten; verbeterde fysieke conditie, en een verhoogd algemeen welzijn op vlak van gemoedsgesteldheid, levenskwaliteit, energie, stress en slaap. Er zijn sterke interacties tussen deze vier kerndomeinen en een verandering in één domein kan bij verschillende individuen een verschillend effect hebben op de andere domeinen.

Het verband tussen pijn en functie was één van de meest vermelde connecties tussen domeinen. Maar er zijn verschillende manieren waarop deelnemers de relaties tussen de verschillende domeinen percipieerden. Patiënten beschouwen hun rugpijn als deel van een complex systeem van geest-lichaam waarbij veranderingen op één domein een multipele impact kunnen hebben op andere domeinen.

Een belangrijk element in het onderzoek was dat deelnemers terughoudend waren om te vermelden dat ze positieve verwachtingen hadden. Het uitspreken van de verwachting werd als potentieel risicovol gezien omdat het de mogelijkheid van teleurstelling creëert en een nog archaïschere angst kan activeren "onheil over zichzelf brengen door op te scheppen of te positief te zijn". Net zoals bij het bijgeloof van "hout vasthouden" (d.w.z., "dit gaat goed, ik moet hout vasthouden"), waren deelnemers misschien terughoudend om zich uit te laten over een positieve toekomst uit schrik dat net daardoor de positieve resultaten zouden kunnen in gevaar gebracht worden. Elementen die leiden tot een terughoudendheid om duidelijke positieve verwachtingen uit te spreken evenals de interacties tussen de diverse resultaten dienen in toekomstige studies te worden opgenomen in de ontwikkeling van standaardmetingen van de verwachting van de patiënt.

Een ander belangrijk element bij de verwachting is dat verwachtingen kunnen evolueren. Eaves[105] deed een kwalitatief onderzoek naar de veranderingen in de verwachtingen doorheen de tijd (interviewde deelnemers 3 maal in 3 maanden tijd) bij 64 patienten met chronische lage rugpijn die behandeld werden met vier verschillende CAM-therapieën (yoga, chiropraxie, acupunctuur, massage). De verwachtingen voor de behandeling draaiden rond het al of niet bereiken van pijnverlichting en het verhogen van de deelname aan betekenisvolle activiteiten. Deze verwachtingen verschoven echter in de loop van de behandeling en gingen meer in de richting van factoren die te maken hadden met de ruimere levensstijl, de nood aan lange termijn strategieën voor pijn management en aandacht voor de levenskwaliteit en wellness op langere termijn. Onafhankelijk van hoe de deelnemers het effect van de therapieën beoordeelden, alle deelnemers vermeldden een toegenomen bewustzijn en aanvaarding van de chronische aard van de pijn en een verhoogde aandacht voor het belang van het opnemen van de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. Deze shift naar een ruimere focus op het lichaam, het algemeen welzijn en het nemen van de controle wat betreft de eigen zoektocht naar wellness, stonden centraal bij patiënten, zowel na drie maanden behandeling als na jarenlang gebruik van CAM[105]. Dit wordt bevestigd door een andere kwalitatieve studie bij patiënten die een acupunctuurbehandeling hadden gekregen voor chronische lage rugpijn toonde dezelfde verschuiving[106].

4.3.3. Ervaringen met de behandeling

Uit de kwalitatieve studies naar ervaringen van patiënten met de behandeling kunnen vijf categorieën gedistilleerd worden: intake, diagnose, uitleg van de behandeling, delen van beslissingen en sensaties tijdens de behandeling.

Intake - Het intake process werd over het algemeen ervaren als zeer grondig uitgevoerd, en deelnemers toonden zich vaak verbaasd over de mate van diepgang in de vragen van de acupuncturist. Dit gedetailleerde intake proces was soms een integraal deel van de therapeutische ervaring, waar de grens tussen intake en behandeling wat vervaagde, wat wijst op een soort van couseling-achtige ervaring. In sommige studies werd

de interactie tijdens de intake als positief ervaren en door patiënten aangeduid als deel van het genezingsproces[107, 108]. Stomski kwam tot de bevinding dat een omvattende initiële assessment een belangrijke rol speelt in het opbouwen van het vertrouwen van de patiënt in de klinische competentie van de acupuncturist. Wanneer deze minder omvattend was, bleken patiënten daar een onzeker gevoel aan over te houden[106]. Een gedetailleerde en diepgaande intake zorgde ervoor dat het acupunctuur consult aanvaarbaarder was voor meerdere patiënten omdat ze voldoende tijd kregen in één en hetzelfde consult hun pijnervaring volledig uit te leggen, een geïndividualiseerde behandeling voor hun rugpijn te krijgen, maar ook aandacht te ervaren voor andere lichamijke en psychologische symptomen[96].

Diagnose - Patiënten bleken zich sterk bewust van het feit dat de diagnostische criteria die gebruikt worden in de Chinese geneeskundige acupunctuur anders waren. De Traditionele Chinese Geneeskunde (TCM) stelt andere diagnoses achter het "symptoom" van "chronische lage rugpijn"[106]. De traditionele tong en polsdiagnose werd frequent gebruikt. Patiënten gaven soms uiting aan hun ongeloof met betrekking tot de accuraatheid van de analyse van de acupuncturist, wat meestal leidde tot een toename van het vertrouwen van de patient[109]. Toch bleef de diagnose niet beperkt tot exclusief Chinese geneeskundige methodes, maar werd door sommige patiënten melding gemaakt van het gebruik van biomedische instrumenten, zoals radiografie en bloedtesten[106]. Het is een feit dat in China de kennis van de moderne geneeskunde gedeeltelijk in het pakket van de opleiding voor tradionele geneeskunde zit, maar niet omkeerd.

Uitleg van de behandeling - Uitleg van de behandeling kwam maar gemiddeld voor in de ervaring van de patiënten. Waarschijnlijk omdat Chinese geneeskunde een relatief onbekend paradigma is voor de meeste westerse patiënten. De acupuncturisten gaven wel meer uitleg voor de behandeling dan patienten verwachtten. Patienten verwachten normaalgezien meer uitleg van biomedische practitioners. Uitleg ging van de onderliggende theorieën tot het toepassen van de technieken[109].
De meeste patiënten vonden hetgeen ze kregen als uitleg redelijk en dit was meestal nuttig in het helpen consolideren van het vertrouwen in de acupuncturist. Dit was zeker het geval wanneer ze geloofden dat de acupuncturist wist wat er aan de hand was met hun lichaam, daar waar anderen eerder het gevoel hadden dat het de Chinese geneeskunde aan precisie ontbrak of in conflict kwam met hun eigen epistemologisch perspectief[109]. Acupuncturisten die niet in staat waren het gangbare verloop van de behandeling duidelijk uit te leggen, verloren meestal het vertrouwen van de patiënt[106].
Stomski suggereert dat het belangrijk is na te denken over hoe de uitleg aan elke individuele patiënt kan gegeven worden, daarbij rekening houdend met het begrijpen van het wereldbeeld van de patiënt en de taal te gebruiken die aansluit bij de manier waarop het individu met gezondheid bezig is[106].

Shared decision - Het cognitieve aspect van dit proces (shared decision / geven van advies) werd gelinkt aan enablement, verbetering van symptomen, toename van de tevredenheid en daling in het gebruik van de gezondheidszorg. Cursussen rond shared decision zouden moeten opgenomen worden in de beroepsopleiding en onderwezen worden in interactieve workshops tijdens professionele bijscholingen[106], zoals nu het geval is in België.
In de studie van Stomski werd aan het eind van het consult tijd gemaakt om samen te vatten wat therapeut en patiënt samen hadden gedaan en om te bespreken waar de patiënt zou moeten aan werken tussen de sessies door. Dit begrip stelde de patiënten in staat om samen te werken met de acupuncturisten en te onderhandelen over de richting die de zorg zou nemen. Meer bepaald zorgde dit begrip ervoor dat de patiënten hun voorkeur in verband met de zorg konden uitspreken, wat dan typisch door de acupuncturisten werd gerespecteerd. Patiënten die dit niet deden hadden de neiging een passievere rol in te nemen[106].

Sensaties tijdens de behandeling - Uit de ervaringen van patiënten in de kwantitatieve studies blijkt dat het verwerven van een toevluchtsoord en de lichamelijke sensaties belangrijke elementen zijn in de beleving van acupunctuur voor lage rugpijn.

Het verwerven van een toevluchtsoord had voor de meeste patiënten te maken met het binnenkomen in een esthetisch aantrekkelijke ruimte die een behaaglijk gevoel uitlokte. In deze ruimte waren patiënten in staat om zich te onttrekken aan hun drukke dagelijkse leven en even tijd te vinden om gewoon te zitten, te ontspannen en te focussen op hun eigen welzijn. Deze vredige ervaring van onthaasting werd versterkt wanneer het prikken een gevoel van kalmte opriep, zeker wanneer het gepaard ging met gevoelens van warmte en het stromen van energie, gevoelens die de patiënten niet kenden in hun dagelijks leven. Deelnemers meldden dat ze niet werden verstoord omdat er geen externe afleidingen waren. Na het prikken werden patiënten door de acupuncturisten een tijdje met rust gelaten, zodat ze de kans kregen om stil te staan bij hun eigen welzijn[106].

Patienten ervaren tijdens de behandeling allerlei sensaties. Het inbrengen van de naalden kan verschillende sensaties oproepen, die bekend staan onder de naam "De Qi" (het aankomen van de Qi). Volgens TCM, wordt De Qi door patiënten vaak omschreven als stramheid, een verdoofd of tintelend gevoel, uitzetting of druk; zwaarte wordt door acupuncturisten gevoeld (bij het vastnemen van de naald) als gespannen, strak en vol. Het verkrijgen van deze sensatie wordt traditioneel beschouwd als een integraal onderdeel van een succesvolle behandeling, voornamelijk bij het behandelen van pijn[41]. In één studie beschreven patienten deze sensaties als "energie" of electriciteit die beweegt en over pijnlijke of diffuse gewaarwordingen[94]. De pijn waar sommige patiënten melding van maakten tijdens de behandeling was meestal niet intens en van korte duur[94].

Naast de bovenvermelde sensaties meldden patiënten over het algemeen ook lichamelijke ontspanning en een gevoel van rust tijdens en na de behandeling[94]. Een studie suggereert dat therapeuten die acupunctuur aanwenden voor lage rugpijn een onmiddellijk gevoel van rust bij patiënten oproepen met een positief gevolg voor hun welzijn. Het gevoel van rust en warme energie waren typisch gelinkt aan twee voorwaarden: de acupunctuur moest tussen 15 tot 20 minuten duren en zowel locale als distale (van de zone van de lage rugpijn) acupunctuurpunten gebruiken. Een gevoel van rust kan ook bevorderd worden door een ontspannende lichamelijke context. Patiënten die rust konden ervaren wanneer de naalden in hun lichaam staken, verlieten de consultatie met het gevoel jonger, kalm, klaar en gefocust te zijn[106].

4.3.4. Resultaten van de behandeling

Ervaringen van patiënten met de resultaten kunnen onderverdeeld worden in twee categorieën: resultaten die rechtstreeks te maken hebben met de lage rugpijn en resultaten die daar niet rechtstreeks mee te maken hebben.

Resultaten rechtstreeks gelinkt aan rugpijn

De meeste studies toonden dat patiënten met lage rugpijn pijnverlichting ervaarden evenals een verbeterde mobiliteit en lichamelijk functioneren tijdens de acupunctuurbehandeling of de dag nadien[96,106]. Soms werd melding gemaakt van een tijdelijk verslechten van de symptomen of een gevoel van vermoeidheid. Dit is vaak het geval de dag na de behandeling, vooral in de sessies aan het begin van de behandeling.

Sommige patiënten die al ervaring hadden met acupunctuur en patiënten die door de practitioner gewaarschuwd werden voor dergelijke onplezierige reacties, hielden rekening met dit relatief onbelangrijke ongemak en labelden het als een aanvaardbaar risico van de behandeling. Sommige ervaren patiënten gingen

op een goede manier met deze situatie om door zorgvuldig het moment van de afspraak te plannen en de activiteiten na de behandeling aan te passen[96].
Niettegenstaande zij negatieve reacties hadden op de behandeling, gingen sommige patiënten toch door met de behandeling omdat ze er ook voldoende winst uit haalden. Slechts bij een minderheid van de patiënten verminderden deze negatieve reacties de aanvaardbaarheid van de behandeling, meer bepaald wanneer de winst van de behandeling lager was dan verwacht.

Resultaten niet rechtsreeks gelinkt aan lage rugpijn
Naast de hogervermelde resultaten die rechtstreeks te maken hebben met lage rugpijn, heeft de behandeling ook resultaten die niet onmiddellijk gelinkt zijn aan lage rugpijn, zoals gevoelens van welzijn, levenskwaliteit, het terugwinnen van controle en empowerment, het ontwikkelen van persoonlijke verantwoordelijkheid; leerprocessen[96,105,106,110].

Welzijn - Baarts and Pedersen[111] kwamen tot de bevinding dat patiënten altijd een verbetering van het algemeen welzijn ervaarden, onafhankelijk van het feit of de CAM behandeling al dan niet succesvol was. Volgens Sointu[112] is dat ook de reden waarom het gebruik van CAM steeds vaker voorkomt: het "gericht zijn op het welzijn" dat inherent is in de CAM interacties[94,113,114] resoneert met hoe mensen hun lichaam en zichzelf begrijpen. Interessant is ook dat niettegenstaande patiënten aanvankelijk consulteren voor lage rugpijn, hun aandacht snel verschuift naar het bereiken van winst voor hun algemeen welzijn. Deze focus op het welzijn door de meeste patiënten was zeer opmerkelijk.
Winst op vlak van welzijn gaat verder dan alleen pijnverlichting en verbeteringen in lichamelijk functioneren. Het gaat bij algemeen welzijn ook om: lichamelijke en mentale/emotionele veranderingen; betere focus en klaarder denken; verbeterd zicht; betere slaap; opnieuw levenskracht krijgen; verhoogde emotionele veerkracht; stressreductie; verbeterde vertering; en zich gelukkiger en rustiger voelen[106,115]. Wanneer patiënten na hun acupunctuurbehandeling dit gevoel van welzijn dreigden te verliezen, dan was dit het signaal om zich opnieuw met acupunctuur te laten behandelen.
Het lijkt ook aannemelijk dat deze winst kan te maken hebben met de adviezen rond zelfzorg die door de acupuncturisten werden gegeven, zoals ontspanningstechnieken, oefenprogramma's, dieetadviezen en aanbevelingen voor de algemene levensstijl[106].

Herwinnen van controle - Het herwinnen van controle is één van de resultaten die het meest wordt gerapporteerd in de kwalitatieve studies naar patiënten met chronische lage rugpijn die acupunctuur of andere CAM behandelingen hebben gehad.
CAM zorg kan als bijkomend voordeel hebben dat een gevoel van controle of empowerment wordt ondersteund, evenals de motivatie om efficiënte coping strategieën te gaan opzoeken. Het herformuleren van genezing met aandacht voor de relatie tussen gezondheid en levensstijl werd door de meeste patiënten vermeld, onafhankelijk van het feit of de behandeling als "succesvol" werd gepercipieerd[105]. In de studie van Hopton duidden de patiënten het herwinnen van het gevoel van controle over hun leven en het zichzelf in handen nemen aan als de sleutelelementen voor hun herstel[96]. Een ander onderzoek toonde eveneens de sterke correlatie tussen het gebruik van CAM en een hoge interne locus of control voor gezondheid (HLOC) en empowerment[116].

Creëren van persoonlijke verantwoordelijkheid en ontwikkelen van het leerproces - Uit de kwalitatieve studies blijkt dat patiënten tot een groter besef komen van het chronisch karakter van hun lage rugpijn, van een gevoel van controle over die rugpijn, het belang van zelfzorg, en de relatie tussen pijn en de algemene

levensstijl. Dit was ook het geval bij patiënten die teleurgesteld waren omdat de behandeling niet de gewenste veranderingen had opgeleverd in een aantal belangrijke domeinen[96,105].
Dit toegenomen besef van alle bovenvermelde aspecten verhoogde het nemen van persoonlijke verantwoordelijkheid, de ontwikkeling van een leerproces om een grotere efficiëntie te verkrijgen in het omgaan met rugpijn binnen of buiten de therapeutische relatie. Kortom, patiënten namen veratwoordelijkheid voor de blijvende zorg voor hun rug[113,117]. Deze toegenomen motivatie voor zelfzorg en zorg voor het lichaam zoals die in de studie naar voor kwam, was niet afhankelijk van de CAM-practitioner, noch van het feit dat de CAM behandeling "succesvol" was[111].
Maar dit betekent niet dat het toegenomen besef en de aanvaarding van het belang van blijvende zelfzorg en strategieën daarbij altijd als positief werden ervaren en automatisch leidden tot het nemen van meer verantwoordelijkheid. Uit een studie bleek dat bij sommige deelnemers bij wie eveneens een verhoogd besef en aanvaarding aanwezig was, toch een link was met een gevoel van teleurstelling omdat ze hadden geleerd dat genezing onwaarschijnlijk was. In de studie van Foster[118] waren het niet geloven in het eigen vermogen om met de pijn om te gaan en de vooronderstelling dat een toekomst met pijn onvermijdbaar was, de grootste psychologische factoren die het nemen van verantwoordelijkheid in de weg stonden. In dit geval bleef de verwachting bestaan dat de acupuncturist hen een onmiddellijke en blijvende genezing zou schenken. Ze stonden weigerachtig tegenover het in praktijk brengen van zelfzorg of het aanpassen van de werkomgeving.

4.3.5. Het therapeutisch model

Het therapeutisch model was een belangrijk aspect in de ervaring van patiënten met acupunctuur en werd gekenmerkt door drie hoofdthema's: holisme, een patiënt-gerichte relatie, en advies rond zelfzorg en persoonlijke verantwoordelijkheid.

Holisme

Het concept holisme (in tegenstelling tot reductionisme) betekent dat gezondheid gebaseerd is op een gebalanceerde integratie van alle aspecten van het leven: lichaam, geest, ziel, sociale relaties en de ruimere omgeving. Het geheel is daarbij ook meer dan de som der delen. Holisme is vergelijkbaar met de theoretische onderbouwing van de traditionele acupunctuur theorie en lijkt een belangrijke rol te spelen in de praktijk[109].
De perceptie van holisme in het ervaren van acupunctuur stond vaak in contrast met vroegere contacten met gezondheidswerkers (meestal de publieke biomedische zorgsector). Sommige patiënten vonden acupunctuurbehandeling holistischer dan het grootste deel van de westerse geneeskunde, die de neiging heeft om enkel het probleem te behandelen eerder dan de context waarin de patient leeft in rekening te brengen. Patiënten gaven vaak aan dat de practitioner zich een beeld probeerde te vormen van hem of haar als persoon en van zijn /haar ziektes en daarbij een goede anamnese deed alvorens het probleem te behandelen[94].
De perceptie van holisme in ervaringen met acupunctuur vertoont gelijkenissen met het bio-psycho-sociale model. Acupunctuurbehandeling lijkt patiënten te brengen tot een aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor de rugpijn,en helpt ervoor te zorgen dat de focus wijzigt van het uitschakelen van pijn naar het herinstalleren van functionaliteit en welzijn[96]. Deze shift in aandacht creëert een opening om over te gaan van een biomedisch model dat focust op het helen door technieken naar een 'helen door aanpassing' dat gebaseerd is op een biopsychosocial verklaringsmodel voor lage rugpijn[14]. Er zijn meer en meer aanwijzingen voor het potentieel van CAM om het bewustzijn van de connecties tussen denken, lichaam en

levensstijl te bevorderen, waardoor patiënten kunnen aangemoedigd worden de persoonlijke verantwoordelijkheid op te nemen voor hun gezondheid en efficiëntere coping strategieën aan te leren[119, 120].

Relatie patiënt-practitioner : patiënt-gerichte zorg

Meerdere studies[97,107,109,121] hebben duidelijk gemaakt dat de relatie patiënt –practitioner een aparte en centrale rol speelt in de ervaring van acupunctuur. Woorden als "niet-veroordelend, vriendelijk, luisterend, respectvol en enthousiast" werden typisch gebruikt om de practitioners te kenmerken.
Bann et al. [122] toonden aan dat het toenemen van de empowerment en symptoomreductie bij patiënten konden worden toegeschreven aan de patiëntgerichte zorg en de ondersteuning door de practitioner. Beide elemeneten zijn specifieke sterktes van CAM. De therapeutische relatie tussen de practitioner en de patiënt bleek een grote drijvende kracht om de zelfredzaamheid in het omgaan met pijn op lange termijn te bevorderen[96]. Twee Duitse studies[23,123] met een belangrijke steekproef (9990) van chronische pijnpatiënten, waarvan 2781 in de acupunctuurgroep die duidelijke positieve effecten had, suggereert dat elementen van formele training (zoals duur van de opleiding, specialisatie: internist/orthopedist), slechts een beperkte invloed hebben op het behandeleffect. Een andere Duitse studie kwam tot de conclusie dat orthopedisten minder goede resultaten hebben bij chronische pijn[124]. Andere vaardigheden zoals de therapeutische relatie, die moeilijk te meten vallen, spelen vermoedelijk een grote rol en moeten mee in rekening gebracht worden.
Er zijn ook studies die de componenten van de therapeutische relatie geanalyseerd hebben. De interactionele en interpersoonlijke processen, die gepaard gaan met het installeren van rapport en vertrouwen, en het gezamelijk beslissen waren de belangrijste componenten van de therapeutische relatie en zorgden voor het vertrouwen in de mogelijkheden van de acupuncturist[96,106]. Wanneer de acupuncturist in een klinieksetting in plaats van pribé-praktijk werkt, is de thrapeutische relatie veel minder patiëntgericht.
Samenvattend kunnen we stellen dat voor de meeste patiënten het aanbieden van voldoende tijd en de één-op-één aandacht de ontwikkeling van de therapeutische relatie duidelijk stimuleerde en bijdroeg tot de aanvaardbaarheid van de behandeling[96].

Advies rond zelfzorg en nadruk op persoonlijke verantwoordelijkheid.

Relatief horizontale patiënt-practitioner relaties kunnen een belangrijk kenmerk zijn in het promoten van opvoeding, zelfzorg en persoonlijke verantwoordelijkheid. Aanbevelingen rond voeding en algemene levensstijl maken vaak integraal deel uit van de acupunctuur-behandeling[106,108].
Zelfzorg advies - Interviews met CAM practitioners suggereren dat de practitioners zichzelf zien als actieve promotors van zelf-verantwoordelijkheid en van aandacht voor de nood aan zelfzorg[125]. In het advies rond zelfzorg verstrekt door de acupuncturisten zitten onder andere ontspanningstechnieken en oefenprogramma's.
Er zijn onvoldoende studies naar het effect van zelfzorg op pijnreductie en de mate van handicap bij mensen met lage rugpijn. Maar misschien ligt de waarde van zelfzorg niet alleen op vlak van het behandeleffect. Het belang van zelfzorg wordt misschien beter weerspiegeld in het gevoel van controle dat patiënten ervaarden door het aannemen van zelfzorg strategieën[126].

Adviezen rond voeding - De adviezen rond voeding waren meestal gebaseerd op een combinatie van traditionele oosterse voedingsprincipes, zoals yin/yang of warm/vocht/koud eten[96], maar ook op hedendaagse westere dieet principes, waarbij het vaak gaat om aanbevelingen voor voedingssupplementen zoals vitamins en mineralen. De meeste patiënten ervaarden de adviezen rond voeding als nuttige informatie

die zij konden gebruiken om zelf te bepalen hoe ze hun dagelijks dieet konden plannen[106].

Advies rond levensstijl - Voor de meerderheid van de patiënten kwam advies rond levensstijl zowel voor bij de acupuncturist als bij de huisarts. Acupuncturisten focusten hun levensstijl advies op tijd vinden om te ontspannen, het bezig zijn met persoonlijke interesses en het niet te hard zijn voor zichzelf[106]. Patiënten kregen in de loop van de behandeling adviezen rond levensstijl die in verband stonden met de diagnose vanuit de acpunctuur. Meerdere patiënten konden dankzij de ondersteuning en aanmoediging van de practitioner deelnemen aan zachte oefeningen en regelmatige activiteiten, die aangepast waren aan de individuele mogelijkheden en gebaseerd waren op realistische verwachtingn. Over het algemeen werd advies rond levensstijl gemakkelijker aanvaard wanneer de practitioner het geleidelijk, gedurende de ganse behandeling, verstrekte[96].

4.3.6. Kostprijs

Patiënten vonden de kost van de behandeling aanvaardbaarder wanneer ze winst hadden bij de behandeling. Wanneer het niet duidelijk was of er winst was, of wanneer ze druk voelden om te betalen of niet konden betalen, werd de druk om de behandeling verder te zetten of van de mogelijke financiële kost onaanvaardbaar[96].

Besluit:
In de laatste 10 jaar werden in kwalitatieve studies veel verschillende domeinen onderzocht:
Redenen voor gebruik waren ontevredenheid met de conventionele zorg, specifieke ideeën over gezondheid, positieve ervaringen en armoede.
Er is geen consensus over de relatie tussen positieve verwachting en een succesvolle behandeling van acupunctuur.
Wat betreft behandeleffecten ervaarden patiënten behalve pijngerelateerde effecten ook een verhoging van het algemeen welzijn, een herwinnen van controle, een verhoogde persoonlijke verantwoordelijkheid en een beter leren omgaan met pijn.
Het holisme en de patiëntgerichte zorg bleken belangrijke elementen van het therapeutisch model.

III. Kwalitatief onderzoek

1.Inleiding

In bovenstaande kwalitatieve literatuurstudie naar acupuctuurbeandeling voor CLBP keerden een aantal thema's regelmatig terug.
We zullen de informatie rond het gebruik van acupunctuur bij chronische lage rugpijn die uit bovenstaande kwalitatieve literatuurstudie naar voor is gekomen, toetsen aan de gegevens uit onze kwalitatieve studie.
Acupunctuur is in België nog steeds niet zo goed gekend, maar het gebuik neemt steeds toe (kce referentie). Daarom trachten we in dit kwalitatief onderzoek het fenomeen beter te begrijpen.

2.**Methodologie**

In het deel kwalitatief onderzoek van deze studie werd een semi-gestructureerd interview uitgevoerd van 30-45 minuten bij patiënten met chronische lage rugpijn naar het gebruik van acupunctuur en hun ervaringen met deze alternatieve methode. Het interview is gebeurd via een face-to-face gesprek aan de hand van een vragenlijst die gebaseerd is op bovenstaande literatuurstudie. De vragen gaan over de thema's: redenen voor gebruik, verwachting, ervaring met de behandeling, behandeleffecten, tevredenheid, en kostprijs. Bij elk thema wordt een hoofdvraag gesteld en vervolgens een paar bijvragen afhankelijk van de antwoorden op de hoofdvraag om meer informative te verkrijgen.
De hoofvragen gesteld tijdens het interview waren:

1. Kun je mij de geschiedenis vertellen van jouw rugprobleem?
2. Op welk moment heb je beslist om naar een acupuncturist te gaan en hoe ben je daar terecht gekomen?
3. Had je bepaalde verwachtingen voor je bij de acupuncturist ging?
4. Kan je me eens vertellen hoe een acupunctuursessie verliep?
5. Wat was uiteindelijk het effect van de acupunctuurbehandeling op jouw lage rugpijn?
6. Ben je tevreden over de acupunctuurbehandeling?
7. Wat vind je van de prijs van acupunctuurbehandeling?

Studiepopulatie: Patiënten in 2 huisartsenpraktijken: de huisartsengroepspraktijk Weyvelt van Dr. Christine Buys en Dr. Vandriessche in Hofstade, waaraan de HAIO verbonden is, en de huisartsenpraktijk van Dr. Machtelinckx in Elewijt.
Gedurende de onderzoeksperiode werd de informatiebrochure van deze studie in de wachtzalen opgehangen en de meewerkende artsen hebben eveneens tijdens de consultaties alle patiënten met gekende chronische lage rugpijn geïnformeerd over deze studie en toestemming gevraagd. Patiënten die akkoord zijn gegaan met het interview en voldeden aan de criteria, werden opgenomen in deze studie.

Inclusiecriteria: patiënten vanaf 18 jaar of ouder die ooit geregistreerd zijn met lage rugklachten (ICPC-2:L03 symptomen/klachten lage-rug;L86: rugsyndroom met uitstralende pijn) met een episode langer dan 12 weken of met frequente recidieven (3 episodes met een duur van meer dan 7 dagen in een periode van 6 maanden) en ervaring hebben met acupunctuurbehandeling.

Exclusiecriteria: lage rugpijn in zwangerschap; kanker; fibromiaglie; CVS

3. **Bespreking en besluit**

3.1. Wie zijn de patiënten?

Er zijn in totaal 17 patiënten opgenomen in deze studie, waarvan 7 patiënten uit de huisartsengroepspraktijk Weyvelt van Dr. Christine Buys en Dr. Vandriessche in Hofstade en 10 patiënten van de huisartsenpraktijk van Dr. Machtelinckx in Elewijt.
Allen hebben ze ooit acupunctuur gekregen voor hun chronische lage rugpijn. Ze namen deel aan deze studie, hetzij op eigen initiatief, hetzij na te zijn geïnformeerd door de artsen.

Geslacht en leeftijd:

We interviewden 6 mannen en 11 vrouwen; 5 patiënten van 40 tot/met 49 jaar; 5 patiënten van 50 tot/met 59j; 5 patiënten van 60 tot/met 69j; één tussen 70 en 80 jaar; één van 82jaar.

Beroep:
8 patiënten waren gepensioneerd (1 kunstverzamelaar; 5 bediendes; 2 arbeiders met als vroeger beroep onderhoudswerker en kuisvrouw); één was op invaliditeit; 3 bediendes waren nog aan het werk (onderwijsmederwerker; ambtenaar; administratief medewerker) evenals 3 arbeiders (electricien, gezinshelpster, en een vrachtwagenchauffeur); Er waren ook 2 zelfstandigen (bankier,tandarts).

Diagnose:
Er waren 8 chronische lage rugpijn patiënten gecodeerd met ICPC-2 code L03 "symptomen/klachten lagerug" op basis van artrose, statiekafwijkingen rug of bekken en na val.
Er waren 9 chronische lage rugpijn patiënten met ICPC-2 code L86 " rugsyndroom met uitstralende pijn" op basis van scoliose, HNP, bijwerking na lamicoectomie, indeukingsfractuur, sportongeval, statiekafwijkingen.

Voorafgaande behandeling
12 van 17 patiënten zijn eerst naar hun huisarts gegaan voor de lage rugpijn.
De orthopedisten waren de frequentst aangevraagde specialisten, maar de meeste patiënten waren daar niet zo tevreden over. Eén weigerde de doorverwijzing naar een orthopedist voor zijn lumbaal hernia en wilde eerste bij zijn eigen huisarts proberen met acupunctuur en aangezien dit effect had, kon hij de pijn op die manier onder controle houden. De andere geraadpleegde medische specialisten waren de neurochirurg en de reumatoloog (2 op 17). De kinesisten waren de frequentst geraadpleegde paramedische hulpverlenders voor patiënten met chronische lage rugpijn. De andere hulpverleners die werden bezocht voor de rugpijn problemen, waren osteopaat (4 op 17), chiropractor (2 op 17) en homeopaat (2 op 17).
Alle patiënten hebben pijnstillers en NSAID's gekregen als eerste stap voor hun problemen. Eén patiënte gaf aan dat ze bij elke opstoot 3 maanden constant medicatie moesten nemen en dat daardoor de pijn 50% verminderde. 15 op 17 heeft kinesitherapie gehad en het aantal beurten varieerde van tenmiste 5 keer tot bij één patiënt 500-600 beurten in totaal. 6 op 17 patiënten heeft infiltraties gehad in pijnklinieken; 3 op 17 heeft een zenuwwortel blokkade gekregen en 3 mensen hebben een neuro-heelkundige ingreep ondergaan.

Gevolgen van de chronigsche lage rugpijn
Zoals de gegevens uit de databases van Intermédicale aangeven, heeft chronische lage rugpijn zware gevolgen voor de maatschappij en de arbeidssituatie. Onze studie toonde frequent werkverzuim bij de geïnterviewde patiënten, van een paar dagen tot 3-4 maanden. Eén patiënt heeft uiteindelijk het werk moeten stopzetten om ander werk te zoeken. Eén andere patiënte werkt omwille van de rugpijn al 12 jaar halftijds. Eén iemand kon maar 60% gaan werken en één persoon was op invaliditeit.
Eén iemand diende haar universiteitsopleiding tijdelijk te ontbreken en iemand anders diende haar dansopleiding te staken.

3.2. Wie zijn de therapeuten?

Patiënten uit deze studie werden met acupunctuur behandeld door 4 verschillende huisartsen, één specialist, 4 kinesitherapeuten (waarvan 2 in solo-praktijk en twee andere in groepspraktijken); eén osteopaat; en 2 acupuncturisten zonder paramedische opleiding.

3.3. Redenen voor acupunctuurgebruik

Er worden meerdere redenen vermeld voor het acupunctuurgebruik. Meestal gaat het over ontvredenheid met

de conventionele zorg. De tweede belangrijkste reden is de mond-aan- mond reclame door derden met een positieve ervaring. Tenslotte speelt ook de interesse voor de oosterse cultuur en geneeskunde een rol. Dit komt overeens met de resultaten uit het literatuuronderzoek.

Ontvredenheid met de conventionele zorg:

Het mislukken van de conventionele behandeling was voor een aantal mensen de motivatie om hulp te zoeken van een acupuncturist:

-"Na mijn operatie en dat gevoel: dat lukt niet, dat betert niet"

-"Omwille van de pijn die niet weg ging na 500-600 sessies kine"

-" Ik zag dat het bij de kinesist niet veel hielp"

-" Ik ben jaren aan een stuk van de ene specialist naar de andere specialist gegaan en het kwam er soms op neer dat ze zeiden van: je moet er minder aan denken, dan gaat de pijn over……ze nemen me niet serieus, ze zeggen dat ik een komediant ben, daar komt het op neer. Ik ben dan ook in Leuven bij een professor eens geweest en ik kreeg altijd het zelfde te horen. Ik heb dus wel een blijvende breuk waar ze dus niets kunnen aan doen en dan het enige dat ze altijd zeiden was: een beetje minder zwaar zijn, proberen te vermageren, pilletjes nemen voor de pijn, naar de kine gaan, en daar stopte het, verder is er eigenlijk nooit geen oplossing uit de bus gekomen."

Negatieve bijwerkingen van medicate of schrik voor gevolgen ervan op lange termijn was voor 3 mensen één van de motivaties om voor acupunctuur te kiezen:

-"Bij elke opstoot moest ik 3 maanden pijnstillers nemen die enkel 50% van mijn pijn wegnamen. Ik wil niet jarenlang constant medicatie nemen"

-"Ja, als ik weer eens veel pijn had en pijnstillers hebt ingenomen en last van mijn maag begon te krijgen, van de pijnstillers"

-"Maar pijnstillers zijn niet goed hé, slecht voor de nieren hé? En dan heb ik zitten nadenken en ik zei: ja, als acupunctuur me helpt, Dan moet ik geen pijnstillers meer pakken, dan ben ik van die pijnstillers af"

Patiënten kozen soms ook voor acupunctuur uit schrik voor controleverlies, voor het ziekenhuis of voor de gevolgen van een mogelijke operatie:

-"Ik heb zelf besloten om dat niet te doen (naar een orthopedist gaan voor zin hernia) omdat ik vind dat je altijd baas moet blijven van je eigen lichaam vind ik."

-"Ik hou niet van ziekenhuizen … ik word daar nog heel ziek van. Ik heb daar veel met mijn overleden echtgenoot meegemaakt en emotioneel is dat heel zwaar. Ik vond het ziekenhuis niet menselijk meer … Ik kreeg daar het gevoel dat je afgeschreven bent."

-" In de gewone geneeskunde had ik nog een keuze: operatie. Maar de dokter zei: eerlijk? 50% kans op slagen en 50% kans dat ik voor de rest van mijn leven in een rolstoel zat. Ik was 27 jaar en ik zag dat niet zitten."

Mond-aan-mond reclame

Bij 12 van de 17 patiënten was acupunctuur aangeraden door andere mensen die met acupunctuur positieve ervaringen hadden gehad..

Eén patiënt werd zelfs zonder ze dat zelf wist door een vriendin naar een arts-acupuncturist gestuurd

-"die had niet gezegd dat hij acupunctuur deed, want dat kwam niet ter sprake gewoon. Ik dacht: ja, misschien, ik ga eens kijken. En dan heb ik een afspraak gemaakt met die dokter en dan kwam ik aan, en ik zie staan: 'dokter xxx, acupunctuur'."

Patiënten werden soms door hun kinsesist (2) of hun huisarts (1) aangeraden om naar een acupuncturist te gaan na het mislukken van de conventionele therapie.

Interesse in Oosterse cultuur en geneeskunde:
Een drietal patiënten waren tevoren al geïnteresseerd in de oosterse cultuur en geneeskunde en hadden al over acupuntuur gelezen en dit vergemakelijkte bij hen de overstap naar de acupuncturist.

3.4. Verwachting

De antwoorden op de vraag **"had je bepaalde verwachtingen voor je bij de acupuncturist ging?"** varieerden van een uitgesproken "nee" tot een uitgesproken "ja".
4 patiënten hadden duidelijk de verwachting dat acupunctuur de oplossing kon zijn voor hun problemen (4)

> *"ik dacht dat ik een wondermiddel had"- "ik dacht dat ze mij kon helpen" – "Ik was al geholpen bij een acupuncturist voor andere problemen, dan heb je wel de verwachting dat de rest ook wel gaat gaan" – "Ah dat acupunctuur me zou helpen hé!"*

Er waren 3 mensen die met een negatieve verwachting bij de acupuncturist waren terecht gekomen:

> *"Potverdorie, ik geloof daar niet in. Echt waar, ik geloofde daar niet in." – "Ik geloofde daar niet in. Ik ben maar gegaan op aanraden van de dokter omdat hij zei dat ik dat echt moest doen." – "Ik moet eerlijk zeggen dat ik in al die zaken niet geloofde. Ik ben klassiek opgeleid (tandarts). Ik heb het direct gezegd: ik sta er heel kritisch tegenover."*

Het is interessant dat deze drie patiënten uiteindelijk alle drie klachtenvrij zijn en geen medicatie meer nemen, en alle drie na de behandeling nog maandelijks een acupunctuursessie vragen om de winst te behouden (ongeveer 8 tot 10 maal per jaar).
Maar de meeste (8 op 17) patiënten hadden geen duidelijk positieve of negative verwachting en stelden zich eerder afwachtend, neutraal op:

> *"Ik wist niet of ik moest geloven dat dat werkte, maar ik stond er wel open voor om het te proberen" – "We gaan proberen, waarom niet?"- "Ik dacht: ik ga het proberen. Ja, hoe zeggen ze dat, ik ben er met een open blik naar toe gegaan" – "Ik ga het proberen. Lukt het, dan joepie, lukt het niet, dan is dat heel spijtig" – "Ik wilde wel eens zien wat dat gaf en ik vertrouwde mijn huisarts"*

Ook op de vraag of de patiënt dacht dat **een positieve verwachting een belangrijke rol speelt in het resultaat van de acupunctuur**, waren de antwoorden heel uiteenlopend.
Sommige patiënten waren heel duidelijk in hun mening dat verwachting geen rol speelt:

> *"Nee het is geen kwestie van geloof" - "Nee. Ik denk dat niet. Want je hebt pijn of je hebt geen pijn…Het is niet met dat te denken dat het weggaat hé" – "Ik denk moest ik daar nu zelf negatief tegenover staan, dat het toch zou geholpen hebben." – "Ik denk dat dat met emotie eigenlijk niks te maken heeft, dat het wel echt degelijk die punten zijn die behandeld worden, die direct effect geven."*

Maar de meeste patiënten waren meer genuanceerd en voor hen kon de verwachting wel een zekere rol spelen:

> *"Als het blijft helpen denk ik toch dat er iets moet zijn. Dat het niet alleen in mijn hoofd zit. Als er werkelijk niets helpt, dan gaat die sterke verwachting ook niet helpen om u minder pijn te laten hebben." – "Zou kunnen, ja ik kan dat wel geloven. Als je in iets niet gelooft is het moeilijker. Ik kan daar wel in komen, maar ik denk ook dat het moet aanslaan bij u." – "Dat kan misschien wel een rol spelen, Maar het is niet alleen dat wat in uw hoofd zit, je voelt het ook wel denk ik."*

Een aantal patënten dachten duidelijk dat de positieve verwachting een heel belangrijke rol speelde:

> *"Ja, je moet erin geloven, als je er niet in gelooft moet je niet gaan, het zal niet helpen" – "Ik denk van boven, van het gedacht, ge moet daar in geloven denk ik. Ge moet er zeker van zijn en ik denk*

dat het dan wel lukt." – "Je moet er in geloven, ja inderdaad. Als je er in gelooft, dan zal acupunctuur zeker helpen."

Eén patiënt gaf aan dat een positieve verwachting juist negatieve effecten zou kunnen hebben:

"Ik denk als uw verwachtingen te hoog zijn, uw teleurstelling ook heel hoog kan zijn."

Onze kwalitatieve studie bevestigt de conflicterende resultaten naar de rol van verwachtingen in het resultaat van de acupunctuurbehandeling. Een aantal patiënten die verbetering verwachtten verkregen die ook, maar de meerderheid voor wie acupunctuur een positief effect had, stelde zich eerder afwachtend, neutraal op. Voor sommige patiënten was de negatieve verwachting niet gecorreleerd aan een negatief effect en de patiënt die geen effect had, had wel een uitgesproken positieve verwachting.

3.5. Ervaringen met de acupunctuurbehandeling

Anamneses

Opvallend was dat slechts een tweetal patiënten zich een uitgebreide anamnese vanwege de acupuncturist kon herinneren. Volgens de meeste patiënten werden heel weinig vragen gesteld op het moment dat ze naar een acupuncturist gingen voor hun rugpijn en concentreerden deze zich voornamelijk op de pijnklachten. De afwezigheid van een grondige anamnese kan deels verklaard worden door het feit dat een aantal patiënten al gekend was bij de huisarts die ook de acupunctuur deed en soms zelfs al eerder door die huisarts voor andere problemen met acupunctuur was behandeld. Een aantal mensen was ook al eerder gekend bij de kinesist, alvorens door diezelfde kinesist acupunctuur te krijgen. Toch was het opvallend dat bij de meeste patiënten enkel de pijnklachten en functionele beperkingen werden bevraagd en de acupuncturist –indien hij arts was- terug viel op de medische geschiedenis in het medisch dossier.

Het was ook opvallend dat de meerderheid van de geïnterviewde patiënten meldde dat de acupuncturist "zeer weinig vroeg of bijna niets".

Een verschil was wel dat niet medische acupuncturisten (een tweetal) in de anamneses meer aandacht schonken aan levens- en voedingsgewoonten.

Onderzoeken

Ook bleek bij de acupuncturisten weinig onderzoek te worden uitgevoerd. Bij slechts 5 patiënten werden de rug of de pijnplekken manueel onderzocht, voor de rest viel de acupuncturist ogenschijnlijk terug op medische dossiers of medische verslagen.

Slechts 3 van de 17 patiënten spraken over een specifieke onderzoeksprocedure die eigen bleek te zijn aan de acupunctuurbehandeling, maar die hen nooit werd uitgelegd. Bij de eerste mevrouw werd de pols gevoeld. De twee andere patiënten maakten melding van een specifieke onderzoeksprocedure die eigen was aan één arts-acupuncturist, en waarbij deze zich naar eigen zeggen onderscheidde van andere artsen:

"Hij had mij uitgelegd …. Dat andere dokters het op een andere manier kunnen doen. Hij onderzocht de rug, hij deed dat, dat was altijd zo duwen op de rug. Maar hij zei dat een andere dokter dat totaal anders kan doen… soms legde hij zo stenen op u of zo iets... In de rondekes en daar zat dan iets in maar wat dat weet ik niet, want dat was altijd op uw rug… Dat zat allemaal in een kist en daar hingen allemaal zo precies glaasjes … een rechthoekige houten box, en met schuifjes, want daar lagen dan de steentjes in … hij haalde dat uit zijn schuiven en hij legde dat , en soms moest je daarmee blijven zitten een paar minuten en dan nam hij dat weg.

Diagnose

Bij de meeste patiënten werd de bestaande medische diagnose door de acupuncturisten (die bij de meeste

patiënten artsen waren) overgenomen. Van een energetische diagnose volgens de traditonele acupunctuur, via een pols-of tongdiagnose, werd enkel bij één arts-acupuncturist melding gemaakt.
Een drietal patiënten die al bij een kinesist in behandeling waren en die dan op een bepaald moment door dezelfde kinesist of een andere kinesist in de groepspraktijk acupunctuur kregen, kregen ook geen diagnose tijdens de acupunctuurbehandeling.

Mechanisme

Het verraste ons om in de interviews te ontdekken hoe weinig informatie patiënten hadden gekregen over het werkingsmechanisme van acupunctuur. 5 mensen beweerden dat ze helemaal geen uitleg hadden gekregen over de werking van acupunctuur. Nog eens 4 patiënten dachten "een beetje" of "niet veel" verklaring te hebben gekregen over het werkingsmechanisme en twee anderen herinneren het zich niet meer.
Bij één werd het gebrek aan uitleg verrechtvaardigd door te zeggen dat de acupuncturist zelf niet wist waarom het werkte:

> *"voor ik kon vragen: ja maar, hoe werkt dat? Zei ze: je moet me niet vragen hoe dat echt werkt… ze zei zelf: wat er in feite gebeurt weet ik niet."*

Slechts 3 mensen zeggen dat hun acupuncturist met hen over het idee van de energiebanen heeft gepraat en dat zijn dan ook de 3 patiënten die bij de vraag naar hun idee over het mechanisme van acupunctuur een energetische verklaring konden geven vanuit de TCM.

> *"Er zijn allemaal punten ook met elkaar verbonden en als er ergens een blokkage tussen zit, dan kan die energie ook niet meer doorstromen, waardoor dat je denk ik last kunt krijgen van bepaalde zaken, lichamelijk maar ik denk ook psychisch."*

Eén persoon had wel al gehoord over Yin en Yang maar wist niet hoe dat precies te linken aan acupunctuur.
Vrij veel patiënten (7) denken dat het bij acupunctuur om de zenuwen gaat:

> *"Het heeft iets met mijn zenuwbanen te maken, maar het fijne weet ik er niet zo van eigenlijk" – "Omdat zij bepaalde plaatsen, die zenuwen denk ik stimuleert" – "De zenuwen stimuleren zodanig dat die spieren ontspannen geraken. Dat is de techniek van acupunctuur he." – "Dat onderbreekt zenuwbaan waar de pijn doorgaan" – "Op zenuwpunten duwen."*

En één dacht dat het met de bloedstroom te maken had:

> *"Door die banen die dus geblokkeerd zijn, dat dat bloed beter door stroomt. Dat de bloeddoorstroming wordt vrijgemaakt en dus dat die druk minder wordt"*

Vijf mensen antwoordden dat ze niet wisten hoe het werkt maar gewoon konden constateren dat het werkt. Eén daarvan zegt zelfs er geen behoefte aan te hebben om te weten hoe het werkt:.

> *"Ik weet niet hoe het komt dat het werkt, maar ik ben er blij mee. En in feite moet ik niet weten hoe het juist in mekaar zit. Want ik ben content erover."*

Uit de reacties van de patiënten komt een beeld naar voor van een voornamelijk biomedische benadering van acupunctuur, waar sommige elementen van acupunctuur als behandeling worden geïntegreerd, gebaseerd op een klassieke medische diagnose, gebruik makend van slechts een klein aantal van de 360 theoretische punten. Deze benadering wordt door de KCE studie gekwalificeerd als 'moderne acupunctuur', waar men voorstander is van een kritische benadering van de traditie en een meer wetenschappelijk kader hanteert.

Technieken

Uit de interviews bleek dat door behandelaars verschillende acupunctuurtechnieken werden toegepast. Meest gebruikt was de naaldacupunctuur. Bij 3 patiënten werd electro-acupunctuur toegepast (een specialist, een HA-acupuncturist en een kinesist). Van acupressuur werd melding gemaakt bij 2 kinesisten, 1 huisarts-acupuncturist gebruikte auriculo-acupunctuur met cryotherapie en 1 kinesist stimuleerde de pijnpunten met

naalden.

Ervaringen tijdens de sessie

Alle patiënten evalueerden de ervaring tijdens de behandeling positief. Voor de meesten onder hen, zoals in de literatuurstudie aangegeven, fungeerde de ruimte waar de sessies doorgingen als een soort toevluchtsoord, waar het aangenaam was om 20 minuttjes tot een half uurtje te blijven liggen met de naaldjes in het lichaam:

> *"Plezant"- "Rustgevend" – "Aangenaam ontspannend" – "Dat is mijn relax halfuurtje" –"Perfect, rustig. Je bent in een plaats apart. Ge moogt kiezen of er een muziekje opgezet wordt of niet, of je stilte wilt en dan met een beetje gedempt licht en dan gewoon proberen van rustig te ondergaan" – "Zij zet dan zachte muziek op en dan luister ik even naar de muziek en dan probeer ik eventjes alles te vergeten. Dus in het drukke leven om eventjes tot rust te komen en eigenlijk om hetgeen er aan het gebeuren is ook te laten gebeuren"*

Bijna de helft van de patiënten (8 op 17) haalde de zachte muziek als belangrijk element daarbij aan en samen met getemperd licht en het soms branden van wierook werd een relaxerende omgeving gecreëerd. Ook de patiënte bij wie de behandeling niet hielp vond het een plezante ervaring.

Bij één patiënte was het effect van de behandeling wel positief, maar was de context anders, want zij werd in zittende houding behandeld, mocht alleen haar slipje aanhouden en de armen niet gekruist, wat ze best vervelend vond.

Wanneer we specifiek vroegen naar hun ervaringen met de naaldjes hebben 12 van de 15 patiënten toch melding gemaakt van occasionele pijnervaringen op het moment van het prikken, die slechts van korte duur waren, Er werd ook gemeld dat sommige plaatsen pijngevoeliger zijn, vooral wanneer de naaldjes geprikt werden in vingers, of tenen:

> *"De laatste keer heeft ze ook op mijn kleine teen, dat was niet gezellig… Ik ben nu niet bang van prikjes, maar op die kleine teen daar is ook niets om te prikken"*

Voor twee patiënten, waarvan één dappere patiënt die schrik had voor naalden, was de pijngevoeligheid de ene dag ook niet dezelfde als de andere, afhankelijk van "*of je die dag gevoeliger bent of gespannen bent en niet zo goed kunt ontspannen."*

Vijf patiënten hadden de ervaring dat de naaldjes terug werden verwijderd indien de pijn niet van korte duur was, maar bleef aanhouden.

In tegestelling tot "De Qi" dat in het tweede deel van deze masterstudie als een belangrijk element van de acupunctuur naar voor wordt geschoven, blijken deze sensaties niet zo aanwezig te zijn in de geïnterviewde groep. Behalve de occasionele kortstondige pijnprikjes, maken 4 patiënten melding van "een zinderend gevoel", "trilling" en "kleine schokjes" maar dat was waarschijnlijk het gevolg van de electriciteit die bij hen op de naaldjes werd gezet.

Slechts twee personen gaven een beschrijving die in de richting gaat van De Qi zoals in de literatuurstudie beschreven:

> *"Je voelt wel dat er iets werkt … op de voet en dan draaien ze daaraan --- Soms tintelend, soms pijnlijk en dan moest ik een beetje blijven liggen en dan kwam ze daar terug aan draaien … zo rond dat naaldje eigenlijk branderig zo."*
>
> *"En dan had hij keren dat hij prikte en daar aan draaide … Warm, maar ik zou zeggen dus heel warm zo, als hij draait hé, dat was heel warm."*

Wat betreft nadelen van het prikken werd naast de prikpijn enkel door twee patiënten minieme blauwe vlekjes gemeld, bij de ene was het sporadisch, bij de andere was dat slechts een eenmalig iets geweest. Eén van de personen die auriculotherapie had gekregen waar de punten niet via naaldjes werden gestimuleerd, maar bevroren worden, was de huid eens licht verbrand geweest omdat het vervriezen te lang had geduurd.

Therapie relatie

Bijna alle deelnemers aan de studie waren tevreden met de therapeutische relatie. Niet iedereen gaf een verklaring voor dat positieve gevoel, maar zij die dat deden hadden daar verschillende redenen voor. Twee patiënten waardeerden het feit dat de therapeut goed kon luisteren en twee anderen het feit dat ze van de acupuncturist begrip kregen. Nog twee andere patiënten drukten misschien hetzelfde uit toen ze zegden dat ze zich au serieux genomen (2) of persoonlijker behandeld voelden (2) dit in tegenstelling tot ervaringen bij klassieke artsen of specialisten in ziekenhuizen waar niet altijd de tijd werd genomen en veeleer het probleem dan de patiënt gezien werd.

> *"Ja ik vind een specialist gaat er los over zo. Ja die gaat er sneller over. Daar pijn? ja ja, en ginder pijn? ja ja, en ze denken al aan de volgende patiënt. Ik vind dat je met de dokter moet kunnen praten… maar ik denk bij sommige dokters is dat aan de lopende band."*
>
> *"Je bent geen nummer zoals in sommige ziekenhuizen, daar ben je een nummer."*
>
> *"Ze bekijkt wel patiënten in zijn geheel"*
>
> *"Ik vind het meer over wie ik ben en over hoe mijn lichaam in mekaar zit en niet hoe een lichaam in mekaar zit en dan spreek ik niet over de huisarts hier maar over de artsen van het ziekenhuis. Daar was dat meer zo van algemeen: en in het boek staat: met iemand met dat probleem moet je dat doen, maar dat was niet kijken naar: wat is mijn probleem op dat moment. Dat deed de acupuncturist wel."*

Eén van de negatieve reacties op het vlak van de therapeutische relatie had te maken met het feit dat de groepspraktijk te druk was door het binnen en buiten lopen van patiënten en te weinig tijd gemaakt werd voor de patient.

Wat ook positief overkwam in het therapeutisch contact was de eerlijkheid van de acupuncturist die zei dat de patient niet aan het lijntje zou worden gehouden en dat na een aantal sessies zonder verbetering de acupunctuur zou worden stopgezet (4 patiënten).

Eén patient reageerde positief op de rust die de arts uitstraalde en één patiënte, zelf arts, was onder de indruk van de vakkennis van de huisarts-acupuncturist die *"weet waar ze mee bezig is"*.

Het gevoel van veiligheid in de therapie relatie speelde ook een belangrijke rol bij 5 personen. Alle 5 benadrukken ze het feit dat ze zich veilig voelden in de handen van een arts-acupuncturist, omdat artsen een bredere kijk hebben dan alleen maar acupunctuur (3 patiënten); omdat ze meer weten dan iemand die geen geneeskunde heeft gestudeerd en die door verkeerd te prikken dingen kan laten mislopen; of gewoon omdat ze als arts een extra vorm van vertrouwen geven.

Het gevoel van veiligheid ontbrak bij drie personen omwille van de volgende redenen.

Eén persoon voelde zich onzeker bij een acupuncturist die 'niet praatte' (geen anamneses deed of helemaal geen uitleg gaf) maar die anderzijds wel als correct, gewoon en neutraal beschreven werd. De tweede persoon had ook een acupuncturist die niet veel praatte en het was dezelfde persoon bij wie ze enkel haar slipje mocht aanhouden. Bij beide personen evolueerde het contact overigens in positieve zin met de jaren en beiden zijn blijven gaan omwille van de positieve effecten van de acupunctuur. De derde persoon heeft enkel één sessie bij een arts-acupuncturist gevolgd en is nadien overgeschakeld naar een gewone acupuncturist omdat ze zich onveilig voelde bij de arts, die zeer afstandelijk overkwam en bijna niets zei. Maar een andere patiënte in hetzelfde geval blijft al 5 jaar bij de zelfde arts-acupuncturist gaan omdat ze geholpen is voor haar chronische lage rugpijn.

Dat niet alleen een negatief contact een positief resultaat niet in de weg staat, maar ook een positief contact geen garantie is voor een positief resultaat mag blijken uit de patiënten bij wie acupunctuur helemaal niet heeft geholpen, maar die voorafgaandelijk aan de behandeling wel al 20 jaar lang bij de kinest gingen voor andere behandelingen.

Volgens de KCE koppelen gebruikers de kwaliteit van de behandeling aan de kwaliteit van de relatie met hun therapeut. Indien deze relatie geen voldoening schenkt, zou dit volgens de KCE het resultaat van de behandeling in gevaar brengen. Dit vinden we hier deels terug, maar onze studie toont ook dat wanneer patiënten effect hebben, de relatie van ondergeschikt belang is en in de loop van de behandeling geleidelijk aan wordt opgenbouwd.

3.6. Effecten

Van de 17 patiënten was er één die niet geholpen was door de acupunctuur en één patiënt die na 5 sessies nog geen oordeel kon vellen. Dit zegt uiteraard niets over de mate waarin acupunctuur een positef effect zou kunnen hebben, omdat patiënten die een positief effect hadden zich waarschijnlijk gemakkelijker aanmeldden voor de studie.
Van de 15 mensen die een positief effect hebben gemeld waren er slechts drie volledig klachten vrij, wat wou dat zeggen ze al enkele jaren geen erge rugpijn meer hadden, maar wel met behulp van maandelijkse acupunctuursessies ervoor zorgden dat het probleem niet in dezelfde mate kon terugkomen.
De pijndaling was het duidelijkste effect van de therapie en werd door twee derden van de patiënten expliciet vermeld. Daarbij ging het om periodes dat er helemaal geen pijn, of verminderde pijn was. Deze periodes varieerden van een 5-tal dagen (2 mensen), een aantal weken (2 mensen) of meerdere maanden (6 patiënten) of langer bij de 2 mensen die door de maandelijkse onderhoudssessies de eventuele pijn niet de kans gaven om sterker te worden.
Eén van de effecten van de pijndaling was ook het wegvallen van de nood aan medicatie in de pijnvrije periodes.
Het herstel van de functionaliteit werd eveneens vaak gemeld:

> *"Terug soepeler kunnen bewegen" – "Langer en beter kunnen functioneren" – "Beter bewegen, bewegingen die ik vroeger niet meer aankon"- "Weer gevoel in voetzolen, doorstroming van energie voelen, weer meer wegen, beweeglijker- "Meer dingen kunnen doen, minder beperkt"- "Beweeglijker, soepeler"*

Bij de vraag naar andere positieve effecten van de acupunctuurbehandeling dan het effect op de rugpijn, haalde minder dan een derde een positief effect aan dat buiten pijnreductie of toename van de functionaliteit valt:

> *"Dat die pijn niet helemaal weg is maar wel dat het aangenaam is om leven". - "Je voelt je algemeen beter als je geen pijn meer hebt" - "Ik voelde me echt veel beter, algemeen eigenlijk, niet alleen mijn rug, algemeen. Rustiger, meer energie, ik had het gevoel dat ik meer in balans was zo met alles, zowel fysiek als in mijn hoofd."*
>
> *"Dat ik geen buikpijn meer had, minder buikpijn 40 à 50%. Als ik het heel erg had moest ik Spasmone nemen en ik kon dat laten, dus is dat toch een goed resultaat."*

Dit komt overeen met gegevens uit de literatuurstudie (KCE) die stelt dat in de perceptie van patiënten acupunctuur zowel op lichamelijke gezondheid als op mentale gezondheid en emoties kan werken.
Het was ook boeiend om te horen hoe snel de patiënten de positieve effecten konden waarnemen en ook daar was weer een grote variatie merkbaar.
Bij 5 mensen was al een positief effect waarneembaar aan het einde van de eerste sessie, bij een aantal zelfs onmiddellijk bij het rechtstaan na het verwijderen van de naalden. 1 van hen had 60% winst na de eerste sessie. Bij de meesten was er een blijvend effect merkbaar na 2 -3 sessies. Bij 5 anderen was de winst voelbaar in de loop van de dagen na de behandeling. Bij één iemand duurde het een week en iemand anders voelde het positief effect maar na drie sessies.

Maar een aantal mensen hadden ook licht negatieve reacties de dag na de behandeling. Deze waren in alle gevallen van korte duur. 4 mensen hadden die dag meer pijn, 1 persoon voelde zich moe na de behandeling en ééntje vermoedde dat haar darmen wat beweeglijker waren na de behandeling.
Wanneer we kijken naar de frequentie van de sessies dan zien we dat meer dan de helft van de patiënten al jaren acupunctuurbehandleingen volgt, gaande van 2 tot 20 jaar. Het gaat dan om "onderhoudstherapie" die ervoor moet zorgen dat de pijn die in een eerste acupunctuurkuur is weggenomen niet meer terugkeert:

> *"Omdat ik het niet meer zou voor hebben, omdat het goed zal zijn, dat ik geen pijn meer zou hebben, daarom blijf ik gaan. Als ik niet blijf gaan, kan die pijn misschien terugkomen."*

Of wanneer de pijn terugkomt is dat een teken om terug naar de acupuncturist te gaan voor een aantal behandelingen. Bij een nieuwe opstoot wordt dan terug een kuur gedaan van een aantal sessies kort op mekaar.

3.7. Kostprijs

Volgens de literatuurstudie, vonden patiënten de kost van de behandeling aanvaardbaarder wanneer ze winst hadden bij de behandeling. Wanneer het niet duidelijk was of er winst was, of wanneer ze druk voelden om te betalen of niet konden betalen, werd de financiële kost onaanvaardbaar[96]. Uit onze studie bleek dat acupunctuur voor de meeste patienten niet als een dure behandeling werd gezien, in vergelijking met medische (medicatie), paramedische (kinesitherapie) en andere behandelingen (osteopathie) voor chronische lage rugpijn. De winst op vlak van levenskwaliteit en de bijdrage aan de maatschappij waren andere redenen.
De vraagprijs van de acupuncturisten bij de geïnterviewde patiënten schommelde tussen 35 en 60 euro. De mensen kregen daarvan het grootste gedeelte terug als ze bij een arts-acupuncturist gingen en ongeveer de helft kreeg daarbovenop nog eens 5 sessies door sommige ziekenfondsen terugbetaald aan 10 euro per sessie. Niettegenstaande dit vonden 4 mensen het jammer dat acupunctuur niet werd erkend en terugbetaald.
5 van de 17 patiënten vond acupuncutuur een dure behandeling, daarvan ook 3 die voor 5 sessies per jaar gedeeltelijke terugbetaling kregen van het ziekenfonds. Van zodra de beoefenaars 40 euro of meer vroegen, werd het persoonlijk aandeel te hoog, zeker wanneer de patienten naar niet arts-acupuncturisten gingen en wanneer er geen extra tussenkomst was van het ziekenfonds.
Er zijn in totaal 12 patiënten die de acupunctuurbehandeling niet duur vonden. 8 mensen vonden acupunctuur niet duur vergeleken met wat ze zouden betalen bij een kinesist of osteopaat (4 patiënten) of voor medicatie (4 patiënten), maar twee van de mensen die acupunctuur duur vonden dachten juist dat een kinesist of medicatie goedkoper was, omdat daar wel terugbetaling voorzien is.
Een aantal mensen relativeerde de kost. Zo vond één iemand de prijs die moest worden betaald niet hoog als daar het leiden van een comfortabel leven tegenover staat, iemand anders begreep dat de arts op dezelfde behandeltijd twee gewone consulten zou kunnen doen en dus was de prijs vanuit het oogpunt van de arts zeker niet overdreven. Een derde relativeerde nog meer door te zeggen:

> *"Een mens gaat naar de kapper, die wordt niet terugbetaald. Als ik moet kiezen tussen naar de kapper gaan of naar de acupunctuur, zal ik wel de acupunctuur kiezen. Ja, je moet er iets voor over hebben om je goed te voelen."*

Een patiënt die na de behandeling voor zijn rugprobleem acupunctuur bleef volgen vanuit preventief oogpunt, had wel een heel speciale kijk op de kost die de behandeling voor hem betekende:

> *"dat is dan mijn bijdrage aan de maatschappij, dat als ik, ten eerste krijg ik het een stukje terug van mijn ziekenkas, dus dat is meegenomen, maar als ik dan 100 euro per jaar moet investeren voor mezelf en ik doe ook nog iets voor de maatschappij, dan vind ik dat eigenlijk een kleine investering voor het geheel."*

3.8. Tevredenheid

Het is logisch dat de mensen die winst hadden geboekt ook tevreden waren. De persoon die geen baat had gehad was dat uiteraard niet. Eén van de patiënten die wel een duidelijke verbetering had, was niet helemaal tevreden, zij het dan meer over de organisatie dan van de acupunctuurbehandeling op zich.

> *"Niet helemaal, maar het ligt aan de praktijk en hoe ze het organiseren, meer dan aan wat acupunctuur als therapie is. Want ik zei het: ik zou wel graag terug dat eens proberen. Maar in die praktijk was het nogal druk."*

Alle 17 zouden ze een persoon die acupunctuur overweegt aanmoedigen om het te doen.
13 van de 17 zeggen:

> *"Zeker proberen"- "Gewoon doen"- "Lukt het niet het lukt niet" – " Je kan niets verkeerd doen" – "Het kan niet schaden" – "Het kan alleen maar goed zijn"-" Je verliest niets"*

Twee anderen halen het resultaat aan van de acupunctuur om te motiveren:

> *"Het geeft een goed gevoel, je wordt daar beter van" – "Ik neem minder pijnstillers, acupunctuur is toch veel gezonder dan pijnstillers nemen?"*

En twee patiënten motiveren, maar geven de raad bij een arts-acupuncturist te gaan:

> *"Ik heb meer vertrouwen in een dokter acupuncturist dan in iemand die gewoon acupunctuur doet" - "Ja, ga maar, bij een geneesheer, het is het proberen waard"*

De vraag of ze acupunctuur aan anderen zouden aanraden werd dan ook door iedereen positief beantwoord, ook door de persoon die geen baat had gehad bij de behandeling;

> *"Misschien als niets helpt zou ik zeggen: probeer dat eens. Ik zal wel zeggen: bij mij heeft het niet geholpen maar misschien bij iemand anders wel."*

Opvallend daarbij ook dat meer dan de helft ook al effectief acupunctuur had aangeraden en dat daarbij doorverwezen werd voor meer dan lage rugpijn - ook voor hoofdpijn en migraine, pijn in de schouders, ellebogen, knieën en nek, vermoeidheid, artrose, spastische darmen, zwangerschapsbraken.
Zoals hoger vermeld was een derde van de patiënten ontevreden met het feit dat acupucntuur niet erkend en terugbetaald wordt.
In lijn met het KCE rapport zijn de meeste mensen tevreden over de acupunctuurbehandeling, maar het rapport zei ook dat hun houding ten aanzien van de niet-conventionele therapeuten niet verschilt van die ten aanzien van hun conventionele arts; de meeste patiënten zouden tevreden (in ruime zin) zijn met de verzorging die ze kregen. Onze studie toont echter dat veel patienten niet tevreden zijn met de conventionele zorg en dat ze daardoor gingen hulp zoeken bij een acupunctuurbehandelaar.

4.Sterktes en zwaktes van deze studie

Sterktes:
Deze studie is de eerste studie over dit thema in de eerstelijn in België en geeft een voorzichtig overzicht van het gebruik van acupunctuur voor chronische lage rugpijn in de eerste lijn.
Acupunctuur is nog niet zo bekend in België, maar het gebruik bij patiënten zit in stijgende lijn volgens het KCE rapport in 2011. Deze masterstudie heeft geprobeerd het fenomeen beter te begrijpen en heeft gepoogd door het exploreren van dit thema een bijdrage te leveren tot de gezondheidszorg. De informatie die in onze kwalitatieve studie naar voor kwam, geeft ons een beeld van de beleving van acupunctuur bij chronische lage rugpijn in de eerste lijn, maar we dienen rekening te houden met de beperkingen van de studie.
In het kwantitatief literatuuronderzoek naar de evidentie van acupunctuur voor lage rugpijn werden ook

relevante studies uit Chinese databases opgenomen, omdat Chinees de moedertaal is van de auteur van deze masterstudie. Daardoor kon een vergelijking worden gemaakt tussen de westerse en Chinese studies.
In deze masterproef werden twee literatuuronderzoeken uitgevoerd enerzijds naar evidence based kwantitatieve studies en andezijds kwalitatieve studies. Op die manier hebben we niet alleen een idee gekregen op de de wetenschappelijke evidentie van acupunctuur voor lage rugpijn, maar konden we ook zicht krijgen op de beleving van binnenuit van deze nog controversiële behandeling, informatie waaraan we dan onze eigen kwalitatieve studie gedeeltelijk konden aan toetsen.

Zwaktes:
Met 17 patiënten kan uiteraard geen totaalbeeld van dit thema worden weergegeven. Het gaat enkel om nederlandstalige patiënten in het gebied rond Aalst (Oost-Vlaanderen) en Elewijt, Mechelen (Vlaams Brabant). De resultaten zijn niet representatief voor gans België
In deze studie zijn de meeste patiënten bij arts-acupuncturisten geweest (14 op 17) waar meestal gewerkt wordt met "moderne acupunctuur". 10 patiënten zijn bij dezelfde arts-acupuncturist geweest. Dus de resultaten kunnen niet representief zijn voor het acupunctuurgebruik in de eerste lijn in gans België.
Aangezien ikzelf een Chinese ben, kan ook onbewuste bias niet uitgesloten worden, zelfs wanneer ik dat bewust niet opmerk. Maar ik heb in China niet gekozen voor de traditionele geneeskunde, die qua opleiding even lang duurt als de moderne geneeskunde die ik in China heb doorlopen (en die overeenkomt met de klassieke geneeskunde in het Westen). Mijn nationaliteit is Belgische nu. Ik voel me niet helemaal Belg, maar ook niet helemaal Chinees, een persoon zonder duidelijke nationaliteit eigenlijk. Dit kan misschien een zwak punt zijn van deze masterproef, maar kan ook een goed teken zijn voor intergratie van de goede elementen van beide kanten.

IV Algemene conclusie

In het deel literatuuronderzoek van de kwantitatieve studies zijn we nagegaan wat de evidentie is voor de werkzaamheid van acupuntuur bij lage rugpijn aan de hand van de wetenschappelijke literatuur van de laatste 10 jaar. We hebben daarbij gemerkt dat er nogal wat verschilpunten bestaan tussen de westerse en de Chinese onderzoekers wat betreft diagnose, doelgroep, studie-oriëntatie en onderzoeksmethodologie, waardoor niet alleen de communicatie maar ook het inschatten en vergelijken van de resultaten van de onderzoeksgroepen bemoeilijkt wordt. Wel is duidelijk dat er consensus bestaat dat acupunctuur effectiever is dan geen behandeling en vonden we consistent positief bewijs voor het toevoegen van acupunctuur aan andere therapieën. We merkten echter dat de actuele CPGs niet ten volle het toegenoemen bewijs voor acupunctuurinterventies bij chronische lage rugpijn vanuit recente relevante studies reflecteren.
In het deel literatuuronderzoek van kwalitatieve studies hebben we gepoogd een overzicht te bieden van het gebruik van acupunctuur bij patiënten met chronische lage rugpijn. We hebben vervolgens onze eigen kwalitatieve studie met 17 patiënten proberen te toetsen aan de kwalitatieve informatie rond het gebruik van acupunctuur bij chronische lage rugpijn die uit het literatuuronderzoek naar kwalitatieve studies naar voor waren gekomen.
Als voornaamste reden voor het acupunctuurgebruik werd in onze studie ook de ontvredenheid met de conventionele zorg vermeld. Positieve ervaringen met acupunctuur door derden als motivatie om zelf acupunctuur op te zoeken, kwam op de tweede plaats. Tenslotte speelde in onze studie ook de interesse voor de oosterse cultuur en geneeskunde een rol, maar we vonden geen link terug met een laag inkomen als motivatie zoals in de NHIS vermeld[27].
Onze kwalitatieve studie bevestigt de conflicterende resultaten naar de rol van verwachtingen in het resultaat

van de acupunctuurbehandeling, waar positieve verwachtingen tot zowel positieve als negatieve resultaten leiden en in deze studie althans negatieve verwachtingen ook tot positieve resultaten.
Uit de interviews van de patiënten komt een beeld naar voor van een voornamelijk biomedische benadering van acupunctuur, waar niet alle elementen van acupunctuur als behandeling gebaseerd op de Traditionele Chinese Geneeskunde worden geïntegreerd. Met andere woorden, acupunctuur wordt meer als aanvullende behandelmethode gebruikt voor chronische lage rugpijn.
Alle patiënten evalueerden de ervaring tijdens de behandeling positief. Voor de meesten onder hen, zoals in de literatuurstudie aangegeven, fungeerde de ruimte waar de sessies doorgingen als een soort toevluchtsoord. Weinig patiënten gaven een beschrijving van de ervaring van De Qi zoals in de literatuurstudie beschreven. De meeste voorkomende sensatie was occasionele en voorbijgaande pijn bij het prikken.
Bijna alle deelnemers ervaarden de therapeutische relatie als positief. Eerlijkheid, een persoonlijk contact en het ervaren van begrip van iemand die tijd neemt om te luisteren zijn elementen die door de deelnemers aan de studie als belangrijk naar voor werden geschoven. Ook het gevoel van veiligheid gelinkt aan het feit de acupunctuur door een arts werd uitgevoerd, was voor een deel van de patiënten heel belangrijk. Onze studie toont ook dat wanneer patiënten effect hebben, de relatie van ondergeschikt belang is en in de loop van de behandeling geleidelijk aan wordt opgebouwd.
Bijna alle deelnemers aan de studie ervaarden een belangrijke pijnverlichting, dit soms al na de eerste sessie, maar bij de meesten was een blijvend effect merkbaar na 2-3 sessies. Zoals hoger vermeld is het waarschijnlijk dat mensen met positieve ervaringen zich makkelijker aanmeldden voor de studie zodat deze cijfers geen weerspiegeling hoeven te zijn van het effect in de ruimere populatie. Zoals in de literatuurstudie ook werd vermeld, was er soms de dag volgend op de sessies een tijdelijke verslechten van de pijn, maar dit was altijd van tijdelijke aard.
De meeste patiënten bleven na de initiële behandelkuur acupunctuur op regelmatige, meestal maandelijkse basis (ongeveer 8 tot 10 maal per jaar) gebruiken als preventie voor het terugkomen van de pijn.
Uit onze studie bleek dat acupunctuur voor de meeste patienten niet als een dure behandeling werd gezien, in vergelijking met medische (medicatie), paramedische (kinesitherapie) en andere behandelingen (osteopathie) voor chronische lage rugpijn, maar dat zal ook te maken hebben met het feit dat de meesten gedeeltelijke terugbetaling kregen van het consult bij de arts-acupuncturist of een terugbetaling via het ziekenfonds.

V Referenties

[1] Agentschap Zorg en Gezondheid. Incidentie aandoeningen huisartsprakijk in vlaanderen 2012. Beschikbaar via intego-databank. http://www.zorg-en-gezondheid.be
[2] Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004
[3] Koes BW, Sanders RJ, Tuut MK, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. [The Dutch Institute for Health Care Improvement (CBO) guideline for the diagnosis and treatment of aspecific acute and chronic low back complaints]. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2004;148(7):310-4..
[4] Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. Lancet. 2014;384(9954):1586-96.
[5] Roelofs PD1, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD000396. DOI: 10.1002/14651858.CD000396.pub3.
[6] Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Acupunctuur : situatie in België - Synthese van het rapport 153A. 2011 Internet site KCE. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_153a_acupunctuur_in_belgië_synthese.pdf. Geraadpleegd 2015 december 26.
[7] Chavannes AW, Mens JMA, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo R, Spinnewijn WEM, Kolnaar BGM. NHG-standaard aspecifieke lage rugpijn. Huisarts Wet 2005;48(3):113-23. 2005. Internetsite Artsennet. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M54_st d.htm#Richtlijnenbeleid. Geraadpleegd 2016 januari 11.
[8] Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. Ann Intern Med 2002;137: 586-597 Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-

study. Pain. 2003;102(1-2):167-78.
[10] Ligtenberg G, Staal P.C., van der Roer N., Heymans J.. Rapport zorginstituut Nederland , Behandeling van chronische aspecifieke lage rugpijn. 2011 maart 25. Webiste Zorginstituut Nederland. Beschikbaar via: WWW.zorginstituutnederland.nl Geraadpleegd 2016 januari 14.
[11] Spijker-Huiges A, Groenhof F, Winters JC, van Wijhe M, Groenier KH, van der Meer K. Radiating low back pain in general practice: incidence, prevalence, diagnosis, and long-term clinical course of illness. Scandinavian journal of primary health care. 2015;33(1):27-32.
[12] Canadian Medical Association. Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain. Internetsite Canadian Medical Association 2009. Beschikbaar via http://www.cma.ca. Geraadpleegd 2016 maart 17.
[13] Corbett M, Foster N, Ong BN. GP attitudes and self-reported behaviour in primary care consultations for low back pain. Family practice. 2009;26(5):359-64.
[14] Toye F, Barker K. Persistent non-specific low back pain and patients' experience of general practice: a qualitative study. Primary health care research & development. 2012;13(1):72-84.
[15] Miedema HS. Reuma-onderzoek meerdere echelons (ROME): basisrapport. Leiden: Nederlands instituut voor preventieve gezondheidszorg TNO, 1994.
[16] Cohen SP, Argoff CE, Carragee EJ. Management of low back pain. Bmj. 2008;337:a271
[17] Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? Jama. 2010;303(13):1295-302..
[18] Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2224-60.
[19] Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P et al. Chronische lage rugpijn. Good Clinical practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 48 A (D/2006/10.273/63).
[20] .National Center for Complementary and Alternative Medicine. Expanding horizons of health care: Strategic plan 2005–2009. Internetsite van NCCAM. Beschikbaar via: http://nccam.nih.gov/about/plans/ 2005. Geraadpleegd 2016 Februari 23
[21] Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. National health statistics reports. 2008(12):1-23.
[22] Hartel U, Volger E. [Use and acceptance of classical natural and alternative medicine in Germany--findings of a representative population-based survey]. Forschende Komplementarmedizin und klassische Naturheilkunde = Research in complementary and natural classical medicine. 2004;11(6):327-34.
[23] Witt CM, Jena S, Selim D, Brinkhaus B, Reinhold T, Wruck K, et al. Pragmatic randomized trial evaluating the clinical and economic effectiveness of acupuncture for chronic low back pain. American journal of epidemiology. 2006;164(5):487-96.
[24] Xue CC, Zhang AL, Lin V, Da Costa C, Story DF. Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based enquête. J Altern Complement Med 2007; 13: 643–50.
[25] Hunt KJ, Coelho HF, Wider B, Perry R, Hung SK, Terry R, et al. Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey. International journal of clinical practice. 2010;64(11):1496-502.
[26] Yamashita H, Tsukayama H, Sugishita C. Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. Complementary therapies in medicine. 2002;10(2):84-93.
[27] Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. National health statistics reports. 2008(12):1-23.
[28] Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. National health statistics reports. 2008(12):1-23.
[29] National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Acupuncture: in depth. Internetsite NCCIH. Beschikbaar via: www.nccih.nih.gov/health/acupuncture. Geraadpleegd 2016 maart 26
[30] Lin X, Li R. Comparative literature study between investigations in foreign Science Citation Index journals and Chinese core domestic journals in the treatment of low back pain with acupuncture. Journal of traditional Chinese medicine = Chung i tsa chih ying wen pan / sponsored by All-China Association of Traditional Chinese Medicine, Academy of Traditional Chinese Medicine. 2014;34(3):373-80.
[31] White A, Editorial Board of Acupuncture in M. Western medical acupuncture: a definition. Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society. 2009;27(1):33-5.
[32] Yang XY, Shi GX, Li QQ, Zhang ZH, Xu Q, Liu CZ. Characterization of deqi sensation and acupuncture effect. Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM. 2013;2013:319734.
[33] Liu S, Zhou W, Ruan X, Li R, Lee T, Weng X, et al. Activation of the hypothalamus characterizes the response to acupuncture stimulation in heroin addicts. Neuroscience letters. 2007;421(3):203-8.
[34] Pariente J, White P, Frackowiak RS, Lewith G. Expectancy and belief modulate the neuronal substrates of pain treated by acupuncture. NeuroImage. 2005;25(4):1161-7.
[35] Liu S, Zhou W, Ruan X, et al. Activation of the hypothalamus characterizes the response to acupuncture stimulation in heroin addicts. Neuroscience Letters. 2007;421(3):203–208.
[36] Kong J, Fufa DT, Gerber AJ, Rosman IS, Vangel MG, Gracely RH, et al. Psychophysical outcomes from a randomized pilot study of manual, electro, and sham acupuncture treatment on experimentally induced thermal pain. The journal of pain : official journal of the American Pain Society. 2005;6(1):55-64.
[37] Liu S, Zhou W, Liu H, Yang G, Zhao W. Electroacupuncture attenuates morphine withdrawal signs and c-Fos expression in the central nucleus of the amygdala in freely moving rats. Brain research. 2005;1044(2):155-63.
[38] Moffet H.H. How might acupuncture work? A systematic review of physiologic rationales from clinical trials. BMC Complement Altern Med . 2006;6:25.
[39] Hui KK, Liu J, Marina O, Napadow V, Haselgrove C, Kwong KK, et al. The integrated response of the human cerebro-cerebellar and limbic systems to acupuncture stimulation at ST 36 as evidenced by fMRI. NeuroImage. 2005;27(3):479-96.

[40] Hui KK, Marina O, Claunch JD, Nixon EE, Fang J, Liu J, et al. Acupuncture mobilizes the brain's default mode and its anti-correlated network in healthy subjects. Brain research. 2009;1287:84-103.
[41] White P, Prescott P, Lewith G. Does needling sensation (de qi) affect treatment outcome in pain? Analysis of data from a larger single-blind, randomised controlled trial. Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society. 2010;28(3):120-5.
[42] Hui KK, Liu J, Marina O, Napadow V, Haselgrove C, Kwong KK, et al. The integrated response of the human cerebro-cerebellar and limbic systems to acupuncture stimulation at ST 36 as evidenced by fMRI. NeuroImage. 2005;27(3):479-96.
[43] Jeun SS, Kim JS, Kim BS, Park SD, Lim EC, Choi GS, et al. Acupuncture stimulation for motor cortex activities: a 3T fMRI study. The American journal of Chinese medicine. 2005;33(4):573-8.
[44] Parrish TB, Schaeffer A, Catanese M, Rogel MJ. Functional magnetic resonance imaging of real and sham acupuncture. Noninvasively measuring cortical activation from acupuncture. IEEE engineering in medicine and biology magazine : the quarterly magazine of the Engineering in Medicine & Biology Society. 2005;24(2):35-40.
[45] Siedentopf CM, Koppelstaetter F, Haala IA, Haid V, Rhomberg P, Ischebeck A, et al. Laser acupuncture induced specific cerebral cortical and subcortical activations in humans. Lasers in medical science. 2005;20(2):68-73.
[46] Ueda Y, Hayashi K, Kuriowa K. The application of fMRI to basic experiments in acupuncture. The effects of stimulus points and content on cerebral activities and responses. IEEE engineering in medicine and biology magazine : the quarterly magazine of the Engineering in Medicine & Biology Society. 2005;24(2):47-51.
[47] Irnich D, Salih N, Offenbacher M, Fleckenstein J. Is sham laser a valid control for acupuncture trials? Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM. 2011;2011:485945.
[48] Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine. Acupuncture. Bmj. 1999;319(7215):973-6.
[49] NCCAM Acupuncture information. Internetsite American Academy of Medical Acupuncture. Beschikbaar via http://www.medicalacupuncture.org/For-Patients/Articles-By-Physicians-About-Acupuncture/NCCAM-Acupuncture-Information. Geraadpleegd 2016 20 maart.
[50] Hsieh JC, Tu CH, Chen FP, Chen MC, Yeh TC, Cheng HC, et al. Activation of the hypothalamus characterizes the acupuncture stimulation at the analgesic point in human: a positron emission tomography study. Neuroscience letters. 2001;307(2):105-8.
[51] Huang W, Pach D, Napadow V, Park K, Long X, Neumann J, et al. Characterizing acupuncture stimuli using brain imaging with FMRI--a systematic review and meta-analysis of the literature. PloS one. 2012;7(4):e32960.
[52] Furlan AD, Yazdi F, Tsertsvadze A, Gross A, Van Tulder M, Santaguida L, et al. A systematic review and meta-analysis of efficacy, cost-effectiveness, and safety of selected complementary and alternative medicine for neck and low-back pain. Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM. 2012;2012:953139.
[53] Xu M, Yan S, Yin X, Li X, Gao S, Han R, et al. Acupuncture for chronic low back pain in long-term follow-up: a meta-analysis of 13 randomized controlled trials. The American journal of Chinese medicine. 2013;41(1):1-19.
[54] Manheimer E, White A, Berman B, Forys K, Ernst E. Meta-analysis: acupuncture for low back pain. Annals of internal medicine. 2005;142(8):651-63.
[55] Lam Megan et al. Effectiveness of Acupuncture for Nonspecific Chronic Low Back Pain. SPINE 2013;Volume 38, Number 24, 2124-2138
[56] Yuan J, Purepong N, Kerr DP, Park J, Bradbury I, McDonough S. Effectiveness of acupuncture for low back pain: a systematic review. Spine. 2008;33(23):E887-900.
[57] Takakura Nobuari, et al. A possible double-blind (practitioner-patient masking) acupuncture needle. Japanese Acupuncture and Moxibustion, 2010; Vol.1(1): 80-91
[58] MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R, Youping L, Taixiang W, White A, et al. Revised STandards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): extending the CONSORT statement. Journal of alternative and complementary medicine. 2010;16(10):ST1-14.
[59] Zheng H, et al. The Characteristics of randomized controlled trials of acupuncture in Four top medical journals . Chinese acupuncture and moxibustion.2010;8(2)
[60] Wu B, et al,. Evidence-Based Medicine and the quality evaluation of clinical study in Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion. Chinese acupuncture and moxibustion.2000;20(8):504-506.
[61] Ma B, Chen ZM, Xu JK, Wang YN, Chen KY, Ke FY, et al. Do the CONSORT and STRICTA Checklists Improve the Reporting Quality of Acupuncture and Moxibustion Randomized Controlled Trials Published in Chinese Journals? A Systematic Review and Analysis of Trends. PloS one. 2016;11(1):e0147244.
[62] NHS. Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain. In: Excellence NIfHaC. ed. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
[63] Richtlijn aspecifieke lage rugklachten. Internetsite Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing 2010
[64] Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr., Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Annals of internal medicine. 2007;147(7):478-91.
[65] COST B13. Chapter 4: European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J 2006; 15 (Suppl. 2); 192–300
[66] WHO Treatment Guidelines on chronic non-malignant pain in adults .14 oct, 2008. Beschikbaar via http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Scoping_WHOGuide_non-malignant_pain_adults.pdf. Geraadpleegd 2016 maart 14
[67] Lee JH, Choi TY, Lee MS, Lee H, Shin BC, Lee H. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review. The Clinical ournal of pain. 2013;29(2):172-85.
[68] Machado LA, Kamper SJ, Herbert RD, Maher CG, McAuley JH. Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. Rheumatology. 2009;48(5):520-7.
[69] Keller A, Hayden J, Bombardier C, van Tulder M. Effect sizes of non-surgical treatments of non-specific low-back pain.

European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. 2007;16(11):1776-88.
[70] Furlan A.D., vanTulder M., Cherkinetal D. Acupuncture and dry-needling for low back pain: an updated systematic review within the framework of the cochrane collaboration. Spine 2005; vol. 30, no. 8, 944–963.
[71] Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, Ostelo R, Verhagen AP, de Boer MR, et al. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. 2010;19(8):1213-28.
[72] Hutchinson AJ, Ball S, Andrews JC, Jones GG. The effectiveness of acupuncture in treating chronic non-specific low back pain: a systematic review of the literature. Journal of orthopaedic surgery and research. 2012;7:36.
[73] Furlan A.D. A Systematic Review of Acupuncture for Chronic Low-back Pain. Japanese Acupuncture and Moxibustion, 2010; Vol.6(1): 37-44
[74] Wu X et al., Acupuncture for lumbar disc herniation: a systematic review. Journal of Guangxi Medical University, 2013; 30, no. 4, 562–566 (Chinees).
[75] Li L, Zhan H.-S., Gao N.-Y., Chen B., and. Shi Y.-Y. Clinical randomized controlled trials on treatment of lumbar disc herniation by electro-acupuncture. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy, 2010;vol. 25, no. 12, 1949–1952 (Chinees).
[76] Li Q., Peng W., Mu Y., Xu Y., Jiang Y., and Ma K. The system evaluation of electroacupuncture for lumbar intervertebral disc herniation. Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine. 2008;vol. 17,3, 325–330, (Chinees).
[77] Ammendolia C, Furlan AD, Imamura M, Irvin E, van Tulder M. Evidence-informed management of chronic low back pain with needle acupuncture. The spine journal : official journal of the North American Spine Society. 2008;8(1):160-72.
[78] Liu L, Skinner M, McDonough S, Mabire L, Baxter GD. Acupuncture for low back pain: an overview of systematic reviews. Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM. 2015;2015:328196.
[79] Ostelo RW, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korff M. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change.Spine. 2008;33(1):90-4.
[80] Meng CF, Wang D, Ngeow J, Lao L, Peterson M, Paget S. Acupuncture for chronic low back pain in older patients: a randomized, controlled trial. Rheumatology. 2003;42(12):1508-17.
[81] Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, Erro JH, Ichikawa L, Barlow WE, et al. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. Archives of internal medicine. 2009;169(9):858-66.
[82] Yeung CK, Leung MC, Chow DH. The use of electro-acupuncture in conjunction with exercise for the treatment of chronic low-back pain. Journal of alternative and complementary medicine. 2003;9(4):479-90,
[83] Sator-Katzenschlager SM, Scharhert G, Kozek-Langenecker SA, et al. The short- and long-term benefit in chronic low back pain through adjuvant electrical versus manual auricular acupuncture. Anesth Analg; 2004;98;1359-64,
[84] Shankar N, Thakur M, Tandon OP, Saxena AK, Arora S, Bhattacharya N. Autonomic status and pain profile in patients of chronic low back pain and following electro acupuncture therapy: a randomized control trial. Indian journal of physiology and pharmacology. 2011;55(1):25-36.
[85] Yeung CK, Leung MC, Chow DH. The use of electro-acupuncture in conjunction with exercise for the treatment of chronic low-back pain. Journal of alternative and complementary medicine. 2003;9(4):479-90.
[86] Sator-Katzenschlager SM, Scharhert G, Kozek-Langenecker SA, et al. The short- and long-term benefit in chronic low back pain through adjuvant electrical versus manual auricular acupuncture. Anesth Analg; 2004;98;1359-64,
[87] Moffet HH. Sham acupuncture may be as efficacious as true acupuncture: a systematic review of clinical trials. Journal of alternative and complementary medicine. 2009;15(3):213-6.
[88] Cho HW, Hwang EH, Lim B, Heo KH, Liu JP, Tsutani K, et al. How current Clinical Practice Guidelines for low back pain reflect Traditional Medicine in East Asian Countries: a systematic review of Clinical Practice Guidelines and systematic reviews. PloS one. 2014;9(2):e88027
[89] SCHIN - Sowerby Centre for Health Informatics at Newcastle Back pain - low (without radiculopathy). Prodigy; 2009
[90] Hegmann K. Low back disorders. Occupational medicine practice guidelines: evaluation and management of common health problems and functional recovery in workers. 2nd ed. Elk Grove Village (IL): American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM); 2007
[91] Toward Optimized Practice (TOP). Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain. Edmonton(AB): Toward Optimized Practice; 2009: Mar 2;21 p.
[92] National Collaborating Centre for Primary Care Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009 May. p. 25.
[93] Japanese Orthopaedic Association. Clinical Practice Guideline for the Management of Low Back Pain. Tokyo: Nankodo Co., Ltd. 2012
[94] Griffiths V, Taylor B. Informing nurses of the lived experience of acupuncture treatment: a phenomenological account. Complementary therapies in clinical practice. 2005;11(2):111-20.
[95] Jakes D, Kirk R, Muir L. A qualitative systematic review of patients' experiences of acupuncture. Journal of alternative and complementary medicine. 2014;20(9):663-71.
[96] Hopton A, Thomas K, MacPherson H. The acceptability of acupuncture for low back pain: a qualitative study of patient's experiences nested within a randomised controlled trial. PloS one. 2013;8(2):e56806.
[97] Gould A, MacPherson H. Patient perspectives on outcomes after treatment with acupuncture. Journal of alternative and complementary medicine. 2001;7(3):261-8.
[98] Paterson C, Britten N. Acupuncture for people with chronic illness: combining qualitative and quantitative outcome assessment. Journal of alternative and complementary medicine. 2003;9(5):671-81.
[99] Bishop FL, Yardley L, Lewith GT. Why consumers maintain complementary and alternative medicine use: a qualitative

study. Journal of alternative and complementary medicine. 2010;16(2):175-82.
[100] Ernst E, Hung SK. Great expectations: what do patients using complementary and alternative medicine hope for? The patient. 2011;4(2):89-101.
[101] Myers SS, Phillips RS, Davis RB, Cherkin DC, Legedza A, Kaptchuk TJ, et al. Patient expectations as predictors of outcome in patients with acute low back pain. Journal of general internal medicine. 2008;23(2):148-53.
[102] Wasan AD, Kong J, Pham LD, Kaptchuk TJ, Edwards R, Gollub RL. The impact of placebo, psychopathology, and expectations on the response to acupuncture needling in patients with chronic low back pain. The journal of pain : official journal of the American Pain Society. 2010;11(6):555-63.
[103] Linde K, Witt CM, Streng A, Weidenhammer W, Wagenpfeil S, Brinkhaus B, et al. The impact of patient expectations on outcomes in four randomized controlled trials of acupuncture in patients with chronic pain. Pain. 2007;128(3):264-71
[104] Hsu C, Sherman KJ, Eaves ER, Turner JA, Cherkin DC, Cromp D, et al. New perspectives on patient expectations of treatment outcomes: results from qualitative interviews with patients seeking complementary and alternative medicine treatments for chronic low back pain. BMC complementary and alternative medicine. 2014;14:276.
[105] Eaves ER, Sherman KJ, Ritenbaugh C, Hsu C, Nichter M, Turner JA, et al. A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies. BMC complementary and alternative medicine. 2015;15:12.
[106] Stomski NJ, Mackintosh SF, Stanley M. The experience of acupuncture care from the perspective of people with chronic low back pain: a grounded theory study. Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society. 2014;32(4):333-9.
[107] Paterson C, Britten N. The patient's experience of holistic care: insights from acupuncture research. Chronic illness. 2008;4(4):264-77.
[108] Rugg S, Paterson C, Britten N, Bridges J, Griffiths P. Traditional acupuncture for people with medically unexplained symptoms: a longitudinal qualitative study of patients' experiences. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2011;61(587):e306-15.
[109] Paterson C, Britten N. Acupuncture as a complex intervention: a holistic model. Journal of alternative and complementary medicine. 2004;10(5):791-801.
[110] Hsu C, Bluespruce J, Sherman K, Cherkin D. Unanticipated benefits of CAM therapies for back pain: an exploration of patient experiences. Journal of alternative and complementary medicine. 2010;16(2):157-63.
[111] Baarts C, Pedersen IK. Derivative benefits: exploring the body through complementary and alternative medicine. Sociology of health & illness. 2009;31(5):719-33.
[112] Sointu E. Theorizing complementary and alternative medicines: wellbeing, self, gender, class. New York: Palgrave Macmillan; 2012.
[113] Evans M, Paterson C, Wye L, Chapman R, Robinson J, Norton R, et al. Lifestyle and self-care advice within traditional acupuncture consultations: a qualitative observational study nested in a co-operative inquiry. Journal of alternative and complementary medicine. 2011;17(6):519-29.
[114] Paterson C, Evans M, Bertschinger R, Chapman R, Norton R, Robinson J. Communication about self-care in traditional acupuncture consultations: the co-construction of individualised support and advice. Patient education and counseling. 2012;89(3):467-75.
[115] Hughes JG. ‘‘When I first started going I was going in on my knees, but I came out and I was skipping’’: Exploring rheumatoid arthritis patients’ perceptions of receiving treatment with acupuncture. Complement Ther Med. 2009;17: 269–273.
[116] Sasagawa M, Martzen MR, Kelleher WJ, Wenner CA. Positive correlation between the use of complementary and alternative medicine and internal health locus of control. Explore. 2008;4(1):38-41.
[117] MacPherson H, Thorpe L, Thomas K. Beyond needling--therapeutic processes in acupuncture care: a qualitative study nested within a low-back pain trial. Journal of alternative and complementary medicine. 2006;12(9):873-80.
[118] Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. Pain. 2010;148(3):398-406.
[119] Pedersen IK, Baarts C. 'Fantastic hands' - But no evidence: The construction of expertise by users of CAM. Social science & medicine. 2010;71(6):1068-75.
[120] Long AF. Complementary and alternative medicine (CAM) and the public health: an innovative healthcare practice in supporting and sustaining health and well-being. Epidemiology. 2013;4(1):6p.
[121] Bishop FL, Barlow F, Coghlan B, Lee P, Lewith GT. Patients as healthcare consumers in the public and private sectors: a qualitative study of acupuncture in the UK. BMC health services research. 2011;11:129.
[122] Bann CM, Sirois FM, Walsh EG. Provider support in complementary and alternative medicine: exploring the role of patient empowerment. Journal of alternative and complementary medicine. 2010;16(7):745-52.
[123] Witt CM, Ludtke R, Wegscheider K, Willich SN. Physician characteristics and variation in treatment outcomes: are better qualified and experienced physicians more successful in treating patients with chronic pain with acupuncture? The journal of pain : official journal of the American Pain Society. 2010;11(5):431-5.
[124] Weidenhammer W, Menz G, Streng A, Linde K, Melchart D. [Acupuncture for chronic pain patients. Treatment outcomes-the role of the acupuncturist]. Schmerz. 2006;20(5):418, 20-2, 24-32.
[125] Schafer LM, Hsu C, Eaves ER, Ritenbaugh C, Turner J, Cherkin DC, et al. Complementary and alternative medicine (CAM) providers' views of chronic low back pain patients' expectations of CAM therapies: a qualitative study. BMC complementary and alternative medicine. 2012;12:234
[126] Oliveira VC, Ferreira PH, Maher CG, Pinto RZ, Refshauge KM, Ferreira ML. Effectiveness of self-management of low back pain: systematic review with meta-analysis. Arthritis care & research. 2012;64(11):1739-48.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0743	15-jul-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Een kwalitatieve studie naar het gebruik van acupunctuur bij patiënten met chronisch lage rugpijn (manama Haixia Sun)

Belgisch Registratienummer: B670201525185

* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 6/05/2015 + handtekeningpagina (volledig ontvangen dd. 16/06/2015)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) dd. 6/05/2015
* Interviewguide (versie 2) dd. 6/05/2015
* Protocol (versie 2) dd. 6/05/2015

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 2/07/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 1/07/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 2/07/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 1/07/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 14/07/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 14/07/2015

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2015/0743	15-jul-15	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

I.O. Prof. dr. R. Rubens, provoorzitter

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

Protocol

Achtergrond:

Lage rugpijn is een van de meest voorkomende aandoeningen in de huisartspraktijk volgens gegevens van de integodatabank in de laatste tien jaar, met incidentie van 58.16 ‰ per jaar bij vrouwen en 60.21 ‰ per jaar bij mannen in Vlaanderen in de periode 2010-2012[1]. Deze gegevens liggen iets hoger dan het resultaat van de tweede nationale studie uit Nederland (2004) met een incidentie van 36 ‰ per jaar [2]. Er bestaat een internationale consensus over de definitie van chronische lage rugpijn qua het duur (meer dan 12 weken). Bij patiënten met een huidige ziekteduur van minder dan 12 weken, maar frequente recidieven (3 episodes met een duur van meer dan 7 dagen in een periode van 6 maanden) wordt volgens de CBO richtlijn (Nederlands centraal beleidsorgaan) de lage rugpijn ook als chronisch beschouwd. [3]. Voor de behandeling van chronische lage rugpijn bestaat de taak van de huisarts uit: beperking van disfunctioneren; tijdcontingent gebruik van pijnstillers om stapsgewijs uitbreiden van activiteiten te vergemakkelijken en een niet zinvolle langdurige behandeling te vermijden; multidisciplinair samenwerken met 2^{de} en 3^{de} lijn.

De medicamenteuze behandeling in de eerste lijn bevat vooral paracetamol en NSAID's als respectievelijk de eerste en tweede stap volgens de richtlijn. Maar er is meer en meer twijfel ontstaan over het effect daarvan en zowel artsen als patiënten zijn meer en meer gefrustreerd over het geringe effect van paracetamol en NSAID's. De resultaten van een recente PACE studie tonen dat de werkzaamheid van paracetamol bij lage rugpijn geen voordeel vertoont ten opzichte van placebo [4]. Er wordt evenwel niet aangeraden NSAID's sneller te gebruiken dan vroeger aangezien het veiligheidsprofiel van NSAID's minder gunstig is en de doeltreffendheid niet beter is ivm paracetamol [5].
Uit klinische ervaringen weten we dat mensen, die vooral chronische gezondheidsproblemen hebben en niet effectief geholpen worden met de klassieke geneeswijze, vaak op zoek gaan naar alternatieve geneeswijzen. Is dit ook zo bij patiënten met chronische lage rugpijn? Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft in 2011 een onderzoek gedaan naar de huidige situatie van acupunctuur in België waarin blijkt dat lage rugpijn de voornaamste reden was (bijna 90%) waarom mensen een beroep doen op een acupuncturist in België. Bovendien is vermeld dat het gebruik van acupunctuur steeds toeneemt. [6]
Maar sindsdien is er nog geen specifieke studie naar acupunctuur bij lage rugpijn in België uitgevoerd. Onze studie vertrekt vanuit het rapport van het KCE en tracht het fenomeen van het toenemende gebruik van acupunctuur bij lage rugpijn te begrijpen en eventueel te verklaren.

ONDERZOEKSVRAAG:
Het gebruik van acupunctuur bij patiënten met chronisch lage rugpijn

Deze studie bevat twee delen:

Deel I : LITERATUURONDERZOEK

In het deel literatuuronderzoek willen we twee doelen bereiken
Het eerste doel: een overzicht van het gebruik van acupunctuur bij patiënten met chronische lage rugpijn. Hoe vaak wordt deze complementaire therapie gebruikt? Waarom doen patiënten met chronische lage rugpijn beroep op acupunctuur? Hoe ervaren patiënten de behandeling met acupunctuur? .
Het tweede doel: nagaan van de evidentie voor de werkzaamheid van acupuntuur bij lage rugpijn via de huidige richtlijnen en literatuurstudies waarbij een aantal grote databanken zoals PUBMED, COCHRANE ,CNKI (China National Knowledge Infrastructure) doorzocht worden naar reviews, meta-analyses en RCT's over het gebruik van acupunctuur bij patiënten met chronische lage rugpijn.

Deel II: KWALITATIEF ONDERZOEK (vanaf de datum na goedkeuring door het ethisch comité)

In het tweede deel van deze studie wordt een bevraging uitgevoerd bij patiënten met chronische lage rugpijn naar het gebruik van acupunctuur en hun ervaringen met deze alternatieve methode. De bevraging zal gebeuren via een face-to-face interview aan de hand van een vragenlijst.

Studiepopulatie: Patiënten in onze praktijk (huisartsenpraktijk Weyvelt in Hofstade) en de huisartsenpraktijk van Dr. Machtelinckx in Elewijt, die gediagnosticeerd werden met "chronische lage rugpijn".
Tijdens de onderzoeksperiode zal de behandelende arts alle patiënten met gekende chronische lage rugpijn informeren over deze studie en toestemming vragen. Patiënten die akkoord gaan met het interview en voldoen aan de criteria, worden opgenomen in deze studie.
Inclusiecriteria ; patiënten > 18 jaar die ooit geregistreerd zijn met lage rugklachten (ICPC-2:L03 symptomen/klachten lage-rug;L86: Rugsyndroom met uitstralende pijn) langer dan 12 weken of met frequente recidieven (3 episodes met een duur van meer dan 7 dagen in een periode van 6 maanden); ervaring hebben met acupunctuurbehandeling.
Exclusiecriteria: patiënten ≤18jaar; zwangerschap; Botmetastasen ter hoogte van de lumbale wervel; fibromyalgie en CVS.

Methode van het kwalitatief onderzoek: Er worden semi-gestructureerde interviews uitgevoerd bij de patiënten, aan de hand van een vragenlijst.

Informed consent: Vooraleer de patienten deel kunnen nemen aan dit onderzoek zal een schriftelijke toestemmingsbrief voorgelegd worden die in 2 exemplaren ondertekend zal worden, een exemplaar voor de patiënt en een exemplaar dat in het dossier bewaard zal worden.

Referentie :

[1] incidentie aandoeningen huisartsprakijk in vlaanderen 2012.intego-databank. http://www.zorg-en-gezondheid.be

[2] Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.

[3] Koes BW, Sanders RJ, Tuut MK et al. The Dutch Institute for Health Care . Improvement (CBO) guideline for the diagnosis and treatment of aspecific acute and chronic low back complaints. Utrecht: Van Zuiden Communications BV,2003.

[4] www.thelancet.com, online publicatie op 24/7, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60805-9

[5] Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD000396. DOI: 10.1002/14651858.CD000396.pub3.

[6] Acupunctuur : situatie in België - Synthese van het rapport 153A, Federaal Kenniscentrum Voor de Gezondheidszorg,2011