



Journalist **Toine de Graaf** is sinds 1989 gespecialiseerd in (complementaire) gezondheidszorg. Na dienstverbanden bij een verpleegkundig vakblad en een dagblad, koos hij in 1996 voor een freelance bestaan. Hij leverde artikelen aan zo'n zestig titels (kranten en tijdschriften). In 2016 verscheen van hem het boek *De kracht van de alternatieven*.



HOOFDLIJN:

In 2022-2023 kreeg het project Communicatie en verwijzing Complementaire Zorg (COCOZ) een vervolg in COCOZ-2. Het werd uitgevoerd door het Van Praag Instituut en Louis Bolk Instituut, met financiering van koepelorganisatie RBCZ. Ze creëerden 'proeftuinen' in drie regio's: Utrecht, Amsterdam en Noord-Nederland (Groningen-Friesland-Drenthe). In elke proeftuin werkten vertegenwoordigers van complementaire beroepsverenigingen samen met reguliere zorgprofessionals aan verbetering van de onderlinge communicatie en samenwerking. Dit heeft geresulteerd in vijf praktische tools, waaronder een 'keuzehulp' voor reguliere zorgprofessionals met daarin wetenschappelijk bewijs voor complementaire zorg bij verschillende indicaties.



Interview met Martine Busch en Herman van Wietmarschen

COCOZ-2 genereert ‘keuzehulp’ voor reguliere zorgverleners

Hoe kunnen reguliere en complementaire zorgverleners beter met elkaar communiceren en samenwerken? Die vraag stond centraal in het project Communicatie en verwijzing Complementaire Zorg (COCOZ), dat in 2019 werd afgerond door het Van Praag Instituut en Louis Bolk Instituut. In 2022-2023 kreeg het een vervolg in COCOZ-2, dankzij financiering van koepelorganisatie RBCZ. In ‘proeftuinen’ in drie regio’s werd voortgeborduurd op de eerdere resultaten. Een interview met Martine Busch (Van Praag Instituut) en Herman van Wietmarschen (Louis Bolk Instituut) over de noodzaak, uitvoering en opbrengst van COCOZ-2.



Herman van Wietmarschen en Martine Busch

Het COCOZ-project dat in 2019 tot een afronding kwam, staat inmiddels te boek als COCOZ-1. Destijds werkten vertegenwoordigers van zes complementaire beroepsverenigingen met huisartsen aan het ontwikkelen van tools om de communicatie en samenwerking tussen ‘regulier’ en ‘complementair’ te verbeteren. Dat resulteerde in zeven praktische kaarten, met tal van tips voor complementaire zorgverleners.^[1] Over de noodzaak van COCOZ-2 zegt Martine: ‘In COCOZ-1 hebben we voor zes verschillende complementaire behandelwijzen *evidence* ofwel wetenschappelijk bewijs gezocht voor drie indicaties: lage rugpijn, bovensteluchtweginfecties en prikkelbaredarmsyn-

droom (PDS). Dat was een goede start, maar is tegelijk vrij beperkt. Er zijn veel meer complementaire behandelwijzen, en die behandelen ook meer indicaties. Bij een behoeftepeiling vanuit RBCZ onder de aangesloten beroepsverenigingen koos de meerderheid voor uitbreiding van het COCOZ-project, met meer therapieën en meer indicaties. Erbij gekomen zijn: depressieve klachten, onverklaarbare lichamelijke klachten (SOLK/ALK), chronische vermoeidheid en burn-out. En waar COCOZ-1 werd uitgevoerd met een aantal individuele beroepsorganisaties, is COCOZ-2 gedaan met de koepelorganisatie RBCZ, waar 25 beroepsverenigingen voor complementaire zorg onder vallen.’

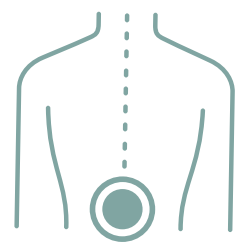
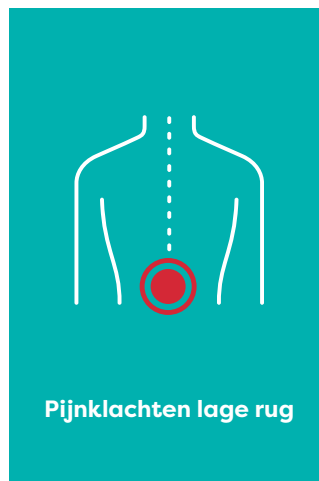
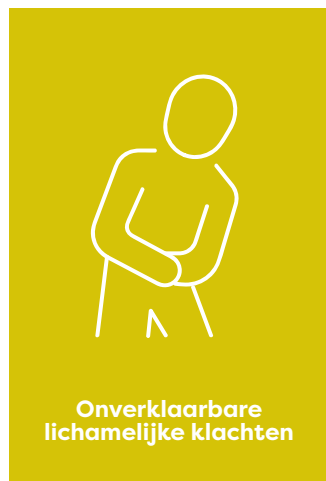
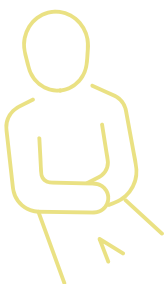
>

‘we hebben reguliere zorgverleners gevraagd: ‘waarvoor willen jullie kunnen verwijzen?’

In 2022 werden in het kader van COCOZ-2 'proeftuinen' opgestart in drie regio's: Utrecht, Amsterdam en Noord-Nederland (Groningen-Friesland-Drenthe). In elke proeftuin waren vijf complementaire beroepsverenigingen vertegenwoordigd en vijf tot zeven regulier werkende zorgprofessionals. 'Per proeftuin verschilde de samenstelling', zegt Martine. 'Het ging van verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychologen en huisartsen tot medisch specialisten.' In de proeftuinen werkten zij samen met de complementaire deelnemers aan het ontwikkelen van nieuwe tools. Dit gebeurde in een viertal focusgroep-sessies. Een klankbordgroep met RBCZ-therapeuten zorgde voor extra aanvullende informatie. Zij dachten mee over de uitkomsten en de implementatie daarvan. Martine: 'Uiteindelijk hebben in de proeftuinen vijftien bij RBCZ aangesloten therapievormen meegedaan. In de klankbordgroep konden beoefenaars van deze vijftien therapievormen uit andere dan de drie proeftuinregio's deelnemen. Uiteindelijk is door een grote groep meegedacht, mede dankzij RBCZ, die actief heeft bijgedragen aan het werven van de deelnemers voor de proeftuinen.'

Per proeftuin werd in één sessie gekeken naar mogelijke indicaties die geschikt zouden zijn voor toevoeging aan de reeds bestaande tools. Martine: 'We hebben aan de reguliere zorgverleners gevraagd: 'Waarvoor willen jullie kunnen verwijzen? Wat vinden jullie moeilijke problematiek die veel voorkomt, maar waar je medisch niet zoveel aan kan doen?' En aan de complementaire zorgverleners werd gevraagd: 'Waar zijn jullie goed in?' Ze antwoordden vaak: 'In best veel dingen'. Omdat ze een probleem aanvielen vanuit een holistische invalshoek. Ze vonden het lastig om dat te versmallen tot een aantal klachten. We hebben de antwoorden per proeftuin gescoord, en dat hebben we vervolgens samengevoegd.'

'als je het geheel aan evidence voor al die therapieën vergelijkt met dat voor de reguliere zorg, dan is het gewoon heel goed'





Burn-out

Chronische
vermoeidheid

Gynaecoloog Aafke Koning (Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen): 'Voordat ik deelnam aan de proeftuin, verwees ik patiënten al door. Vaak naar acupunctuur, maar ook reiki, reflexologie, hypnotherapie. Op gegeven moment besef je dat je in het reguliere veld een groot deel van de klachten niet verhelpt, of alleen aan symptoombestrijding doet. Ik ben verrast door de grote variatie aan complementaire zorgverleners. Ik dacht dat ik me al breed georiënteerd had. Dat was dus een eyeopener. Ik denk dat ik nu ook breder ga verwijzen. Ik vind het fijn als ik degene naar wie ik verwijs persoonlijk ken, en ook wel iets begrijp van wat de therapie inhoudt. Wanneer er tussen mij en een ander een klik is, betekent dat natuurlijk nog niet dat de therapie per se werkt of dat het een goede therapeut is. Maar ik vind het prettig als ik weet wie aan de andere kant van de lijn zit.'

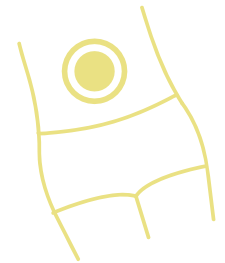
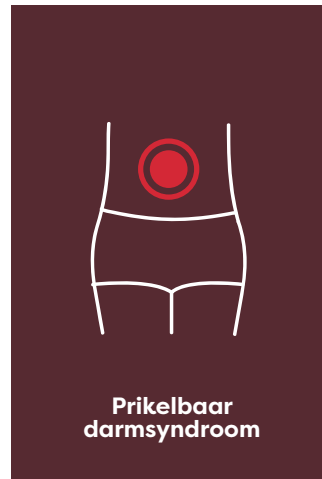
Herman: 'We hebben ook aan de complementaire zorgverleners gevraagd om indicaties te kiezen waarvan ze zelf het idee hadden dat er ook nog een wetenschappelijke onderbouwing voor is. Maar velen vonden dat wel moeilijk om te doen. De discussies over evidence vormden de grootste uitdaging. En ook over: wat is eigenlijk evidence? Dat lag heel gevoelig. Als een therapeut in zijn eigen praktijk ziet dat iets werkt, werkt het gewoon voor die persoon. Maar dat is iets anders dan wetenschappelijk bewijs. De 'keuzehulp' die we wilden maken, is echt bedoeld voor de reguliere kant: dat de huisartsen en andere specialisten over de brug komen om patiënten te gaan doorverwijzen.^[2] De reguliere zorgverleners moeten hiermee om kunnen gaan. Daarom gebruikten we het klassiek wetenschappelijke model: kijken naar reviews en meta-analyses en *randomized controlled trials* (rct's). Omdat je tegemoet wilt komen aan de reguliere wereld. En dat was niet voor iedereen gemakkelijk te accepteren, zeg maar. Dat heeft overtuigingskracht gekost.'

Martine: 'Dat was ook lastig omdat veel complementaire zorgverleners geen wetenschappelijke achtergrond hebben. Dan kan de stap van je persoonlijke ervaringen en die van je vakgenoten dat iets werkt naar het abstractionniveau van een rct waar niet veel uitkomt, behoorlijk lastig zijn. Daar zit dan een grote discrepantie die lastig te overbruggen is, als je niet gewend bent om onderzoeken te lezen en te begrijpen.' Herman: 'Er komt dan bijvoorbeeld iets uit een studie met scores. Maar soms staren mensen zich dan blind op één score: 'Oh, maar dit is niet goed genoeg'. Eén vakje is dan leeg, en daar komt dan de focus op te liggen. Terwijl als je het geheel aan evidence voor al die therapieën vergelijkt met dat voor de reguliere zorg, dan is het gewoon heel goed. Omdat ook voor veel reguliere zorg heel weinig bewijs voorhanden is. Bovendien hadden we indicaties gekozen die regulier moeilijk te behandelen zijn. Als je dan toch wetenschappelijk bewijs vindt voor complementaire behandelwijzen, is dat heel mooi.'

Integratief therapeut Loes Kaijen (Laren, NH):

'Mijn praktijk vernieuwt zich ongeveer elk kwartaal. De meeste cliënten zie ik gemiddeld zes tot acht keer, en zelden vaker dan tien keer. Dit betekent dat ik veel tijd moet stoppen in acquisitie van nieuwe cliënten. Mijn werk vind ik heel leuk, maar dat stuk niet zo, want ik ben geen marketeer. Toen ik hoorde van de proeftuin, zag ik dat als een kans. Voor mezelf, en ook omdat ik hoop bij te kunnen dragen aan het grotere geheel. Dat heeft ook te maken met mijn achtergrond als gezondheidswetenschapper. In de proeftuin zijn we erg bezig geweest met de communicatie tussen 'regulier' en 'complementair', wat altijd gedoe en een spanningsveld oplevert. Ik vond het daarom heel leuk om te horen hoe graag professionals uit de eerste lijn, zoals huisartsen, met ons zouden willen samenwerken. Ze zeiden alleen: 'Juist omdat wij hier zitten, zijn we niet representatief voor onze beroepsgroep'. Maar het is een positief signaal.'

>



De samenwerking in de proeftuinen verliep boven verwachting goed. 'Wij zijn over het hele project erg tevreden', zegt Martine. 'Zowel qua inhoud als proces, inclusief de samenwerking met RBCZ. In alle drie de proeftuinen waren goeie, scherpe discussies maar met respect voor elkaars mening en ideeën. Dat vond ik vooraf wel spannend. Maar dat ging hartstikke goed. Er zijn ook wel eens lastige sessies geweest, waarbij we nog een extra sessie hebben ingelast want je wilt dat de uitkomsten breed gedragen zijn. Hoewel de reguliere deelnemers best wel wat wisten van het complementaire veld, hadden ze vaak geen flauw idee van het professionele niveau. Daardoor waren veel reguliere zorgverleners aangenaam verrast. Dat is ook een van de redenen waarom we op de eerste pagina van de keuzehulp hebben vermeld dat complementaire zorg wordt gegeven door op hbo-niveau geschoolde professionals, die zijn aangesloten bij een beroepsorganisatie en ingeschreven bij het kwaliteitsregister RBCZ.'

De keuzehulp is met voorsprong het meest tastbare resultaat van de COCOZ-2. 'Die zal de meeste impact hebben', zegt Martine. 'Reguliere artsen zijn hartstikke enthousiast. Die vinden hem goed en handig. Ze stellen veel eisen, en terecht. Maar als puntje bij paaltje komt, hebben ze weinig tijd. Ze willen daarom een hapklaar instrument dat ze meteen kunnen gebruiken, maar waarvan ze ook weten dat het voortraject goed was. En het ziet er erg mooi uit. Daarnaast zijn nog andere tools ontwikkeld, zoals voorbeeldbrieven voor complementaire zorgverleners die een huisarts willen informeren over een gestarte behandeling. De vijf nieuwe tools zijn voor alle complementaire therapeuten beschikbaar via de website van RBCZ.'

'reguliere zorgverleners willen een hapklaar instrument, waarvan ze ook weten dat het voortraject goed was'

Ook op kleinere schaal zijn resultaten geboekt. 'Bijvoorbeeld de onderlinge contacten die ontstaan zijn. Mensen kwamen echt met plezier binnen bij de sessies, hebben goeie input geleverd en veel van elkaar geleerd. Ook complementaire behandelaars van reguliere zorgverleners, want aan bij beide kanten bestaan stereotype beelden. En die zijn bijgesteld.'

Herman: 'Een ander resultaat' is dat RBCZ nu kan laten zien: wij doen onderzoek en professionaliseren op dit vlak. Zij hebben nu ook meer in handen om de discussie aan te gaan met het ministerie van VWS en zorgverzekeraars over de vraag: kan complementaire zorg voor bepaalde indicaties vergoed worden? Verzekeraars dachten voorheen: acupunctuur, moeten we dat vergoeden? Maar voor de indicatie lagerugpijn is er veel evidence voor acupunctuur. Dus: vergoed dát dan. Die discussie kan nu beter gevoerd worden.'

Het is nu aan de zorgverleners in beide velden om gebruik te maken van de nieuwe tools, en het resultaat verder te brengen. In opdracht van RBCZ zal COCOZ-2 verbreden naar de therapievormen die nog niet zijn meegenomen, in samenwerking met het Louis Bolk Instituut dat zorg zal dragen voor het wetenschappelijk bewijs. Herman: 'Verder fantaseren we al over COCOZ-3. We zouden willen kijken of je de implementatie nog een stap verder kan krijgen. Het is nog niet zover gegaan dat in een regio met een proeftuin reguliere zorgverleners echt doorverwijzen naar het complementaire veld. Dat zou je ook willen monitoren: hoe gaat dat dan, werkt dat wel, wat moet er aangepast worden? Zoiets zou je nog kunnen doen. Maar daarvoor heb je weer financiering nodig.' ■

Meer informatie: www.vanpraaginstituut.nl,
www.louisbolck.nl

BRONVERMELDING:

1. Smits, E. (2019). *COCOZ: Communicatie en verwijzing Complementaire Zorg*. Vakblad Natuurlijke & Integrale Gezondheidszorg, 3, p. 41-45.
2. RBCZ. (z.d.). *Keuzehulp Complementaire Zorg*. Geraadpleegd op 18 juli 2024, van https://rbcz.nu/wp-content/uploads/2024/05/RBCZ_COCOZ-tool-3-Keuzehulp.pdf