

Consortium Integrale Gezondheid en Zorg (CIGZ) Startdocument 2.0

1. Inleiding

In haar Signalement 'Ontwikkeling en implementatie van evidence-based complementaire zorg' constateert ZonMw dat het gebruik van complementaire zorg (zie t.a.v. begrip complementaire zorg 1.1) een maatschappelijk gegeven is en dat er tegelijkertijd bij alle betrokkenen in de gezondheidszorg een kennisachterstand bestaat met betrekking tot effectiviteit en veiligheid van complementaire interventies. (Zie voor een indeling in complementaire zorgvormen bijlage 2.) De belangrijkste aanbeveling van het signalement is om die kennisachterstand op te heffen. ZonMw signaleert verschillende ontwikkelingen die de noodzaak van deze aanbeveling bekrachtigen:

- Gezondheid wordt meer integraal benaderd dan voorheen;
- Er is grote interesse in het concept van positieve gezondheid zoals gepostuleerd door Machteld Huber (Huber et al, 2011);
- De vraag bij patiënten naar complementaire zorg neemt toe. In 92% van de ziekenhuizen wordt complementaire zorg toegepast (Busch et al 2015);
- Er zijn in binnen- en buitenland steeds meer zorg- en onderzoeksinitiatieven op het gebied van integrative medicine en health (IMH).

Complementaire zorg is echter ook nog steeds een controversieel onderwerp. Maar ook hiervoor geldt dat het op evidence based principes gestoeld moet zijn en moet voldoen aan de regels van de heersende opvattingen over veilige, doelmatige, effectieve en verantwoorde zorg. Beroepsbeoefenaren van complementaire zorg moeten voldoende opleiding, training en oefening hebben en waar het kan werken volgens EB principes.

Uit wetenschappelijke studies blijkt echter dat sommige vormen van complementaire zorg waardevol kunnen zijn voor patiënten (Reijmerink 2014). Verder roept de WHO nationale overheden op om beleid op dit terrein te ontwikkelen vanwege de potentiële gezondheidsvoordelen van integratie (WHO 2013). Intussen blijkt uit een recente inventarisatiestudie dat 92% van de Nederlandse ziekenhuizen al een of meerdere (eenvoudige) vormen van complementaire zorg aanbiedt (Busch et al 2015).

Naar aanleiding van het signalement nam ZonMw in 2014 het initiatief tot de Stuurgroep 'Implementatie van evidence-based complementaire zorg'. Deze adviseerde ondermeer concrete stappen te zetten om te komen tot de oprichting van een Consortium Complementaire Zorg voor het vormgeven van een kennisinfrastructuur op dit gebied.

Met het benoemen van een begeleidingscommissie Consortium Complementaire Zorg per 1 februari 2016 volgt ZonMw dit advies op en beoogt daarmee een constructief debat dat bijdraagt aan een verantwoorde positionering van complementaire interventies in de Nederlandse gezondheidszorg.

De Begeleidingscommissie heeft twee taken: ten eerste een implementeerbare architectuur van het consortium formuleren en ten tweede potentiële partners voor het consortium bijeenbrengen en gezamenlijk het consortium op te laten richten.

Daarbij wordt rekening gehouden met het volgende:

1. Bij zorgverleners, instellingen, bestuurders en andere partijen is kennis over complementaire zorg niet altijd optimaal aanwezig waardoor er ruimte is voor onjuiste beeldvorming;

2. Er zijn veel complementaire interventies die niet volgens gangbare methoden op effectiviteit en veiligheid zijn onderzocht;
3. Veel zorgverleners en instellingen – regulier en complementair – hebben weinig tot geen ervaring met (eigen)onderzoek, missen een infrastructuur hiervoor en hebben onvoldoende aansluiting bij internationale en nationale kennisinstututen op het gebied van integrative medicine;
4. De ontwikkeling van complementaire zorg is geen uitsluitend Nederlandse aangelegenheid, maar maakt deel uit van een mondiale trend;
5. Niet alles wat niet-reguliere zorg is, wordt bij de door ons bedoelde complementaire zorg ingedeeld. Het gaat om complementaire interventies die aantoonbaar effectief en/of veilig zijn, of die kansrijk lijken en waarde kunnen toevoegen. Alternatieve behandelingen die hier niet aan voldoen, vallen buiten het werkkterrein van het consortium.

1.1. Terminologie

In haar advies spreekt de Stuurgroep nog over 'complementaire zorg', een term die ook door ZonMw wordt gebruikt en redelijk ingeburgerd lijkt. Toch stuit deze term niet alleen op weerstand, maar leidt bovendien ook tot verwarring. Want waar verwijst 'complementair' naar?

- naar de andere culturele wortels van de interventies = complementair in filosofie en visie op ziekte en gezondheid;
- of naar de positie van de betreffende interventies = complementair aan standaardzorg;
- of naar de mate van evidence = complementair zolang er nog weinig evidence is en opschuivend naar regulier bij voldoende evidence.

Inmiddels wordt in de VS, met name door het richtinggevend Amerikaanse Academic Consortium for Integrative Medicine & Health, het begrip 'integrative medicine and health' gebruikt.

"Integrative medicine and health reaffirms the importance of the relationship between practitioner and patient, focuses on the whole person, is informed by evidence, and makes use of all appropriate therapeutic and lifestyle approaches, healthcare professionals and disciplines to achieve optimal health and healing."

Deze omschrijving is geoperationaliseerd naar vier pijlers door het Nationaal Informatie en Kenniscentrum Integrative Medicine (NIKIM), een Nederlandse netwerkorganisatie opgericht door artsen om integrative medicine te introduceren:

1. *"Er is sprake van een gelijkwaardige arts-patiënt relatie waarin de patiënt centraal staat en de arts meer als ondersteunende coach functioneert."*
2. *De patiënt heeft een actieve rol in het voorkomen van ziekte, zijn welbevinden en in het eigen genezings- herstelproces."*
3. *Reguliere therapieën worden, waar mogelijk en wenselijk, gecombineerd met evidence-based complementaire therapieën (adds-on) om te komen tot de meest effectieve, minst invasieve, minst toxische en goedkoopste behandelingsstrategie. Hierbij worden naast de lichamelijke aspecten ook de andere aspecten van de persoon betrokken."*
4. *Er wordt gewerkt in een zogenaamde 'healing environment' waarbij de omgang met elkaar en de omgeving waarin gewerkt wordt bijdragen aan het algemeen welbevinden."*

De term integrative medicine vermijdt de termen regulier en complementair en biedt daarmee ruimte aan zorgvormen vanuit verschillende tradities, die echter allen gemeen hebben dat de effectiviteit en veiligheid volgens gangbare wetenschappelijke methoden aangetoond is.

De Begeleidingscommissie kiest er na uitvoerige discussie (zie bijlage 1) en consultatie van stakeholders voor om vanaf nu een Nederlandse variant op 'integrative medicine and health' te gebruiken, namelijk 'integrale gezondheid en zorg' en te spreken van het Consortium voor Integrale Gezondheid en Zorg (CIGZ).

'Integraal' verwijst dan zowel naar integratie van verschillende visies op ziekte en gezondheid als naar integratie van verschillende zorgvormen en behandelwijzen.

2 Doelstellingen van het Consortium voor Integrale Gezondheid en Zorg

Het CIGZ heeft in elk geval vijf doelstellingen die zijn vastgesteld op basis van gesprekken met diverse stakeholders en die in overeenstemming zijn met de doelstellingen van het Amerikaanse Academic Consortium for Integrative Medicine & Health.

2.1 Inventariseren van kennis – kennisbank

Een belangrijk doel is om bestaande kennis en expertise beschikbaar te stellen en toegankelijk te maken voor Nederlandse onderzoekers, klinici en docenten. Daarvoor is nodig:

- Een inventarisatie van literatuur, lopende onderzoeksinitiatieven, en (inter)nationale richtlijnen.
- Een inventarisatie van (inter)nationale organisaties en best practices van binnen- en buitenlandse initiatieven op het gebied van integrative medicine and health.

De wijze waarop en de mate waarin dit gebeurt, dient nader ingevuld te worden door het CIGZ. Overwogen kan worden de kennisbank aan te laten sluiten op die van consortia in het buitenland of bij relevante Nederlandse kenniscentra. Samenwerking met organisaties op het gebied van bijvoorbeeld preventie, personalized healthcare, en positieve gezondheid versterkt de organisatiekracht en de kansen voor financiering.

2.2 Ontwikkelen van kennis – onderzoek

In het brede veld van integrative medicine & health is grote behoefte aan het aantonen van de werkzaamheid en veiligheid van interventies. Het gedachtegoed van *evidence-based medicine* is daarbij van groot belang. Een beperking van *evidence-based trials* is dat de uitkomst vaak in gemiddelden wordt uitgedrukt en weinig recht doet aan interindividuele verschillen. Terwijl er juist binnen de integrative medicine behoefte is aan adviezen op maat: het individualiseren van preventie, diagnostiek en therapie. De oplossing voor dit dilemma kan liggen in het combineren van *evidence-based medicine* en *mechanism-based medicine*. De eerste benadering bewijst dat een interventie werkt, de tweede bewijst hoe deze werkt. Alleen als het werkingsmechanisme bekend is, geeft dat concrete handvatten om te kunnen individualiseren. Daarvan zijn vele mooie voorbeelden (Smits & Tack 2002, Van der Wilt & Zielhuis 2008).

Uiteraard is dat mechanisme bij veel interventies in het domein van integrative medicine – en overigens ook soms binnen de reguliere geneeskunde – vaak niet of slechts ten dele bekend, maar er kan wel naar gestreefd worden om het mogelijk werkingsmechanisme steeds te betrekken bij klinisch onderzoek, op basis van wetenschappelijke uitgangspunten.

In Nederland wordt toenemend, maar nog steeds in omvang zeer bescheiden onderzoek gedaan naar integrale gezondheid en zorg. Dit zijn veelal op zichzelf staande initiatieven. Er vindt weinig tot geen onderlinge uitwisseling en afstemming plaats. Goede onderbouwing van integratieve zorgprogramma's en het gezamenlijk bouwen aan een 'body of evidence' is derhalve dringend noodzakelijk.

Daarom is nodig:

1. Het opstellen en faciliteren van een onderzoeksagenda gericht op integrative medicine and health. Het onderzoek betreft de volgende domeinen.
 - a. behandelingen/interventies en interventieprogramma's (effectiviteit en veiligheid);
 - b. implementatie en doelmatigheid (o.a. kosten-effectiviteit).

Gebruik complementaire zorg

- 30% kinderen bij kinderarts (Vlieger 2006)
- 41-43% Marokkaanse en Turkse kinderen bij een kinderarts (Jong et al 2014)
- 42% kinderen met kanker (Singendonk et al 2013)
- 44% vrouwen met borstkanker (Martens et al 2013)
- 42% ambulante GGZ-cliënten (Hoenders 2004)
- 30-60% in de palliatieve zorg (De Graaff 1999, Visser et al 2008)
- 86% mensen met gewrichtsklachten (Jong et al 2012)
- 88% kinderen en 91% volwassenen met mitochondriale aandoening (Franik et al 2014)
- ± 60% vertelt CZ-gebruik niet aan arts (Reijmerink 2014)

- c. methoden van onderzoek;
 - d. visies op gezondheid en zorg;
2. De prioritering van behandelingen/interventies, thema's en sectoren binnen de onderzoeksagenda wordt door het CIGZ vastgesteld, volgens de principes van credibility. Hierbij spelen o.a. de volgende factoren:
 - a. urgentie (zoals omvang en/of ernst van een probleem, mate van gebruik bij specifieke patiëntengroepen);
 - b. de mate waarin het onderwerp aansluit bij bekende kennis;
 - c. de mate waarin de vraag door middel van wetenschappelijk onderzoek beantwoord kan worden;
 - d. de mate waarin de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek toepasbaar zijn;
 - e. de beschikbaarheid van mensen en middelen.
 3. Het faciliteren van de uitvoering van onderzoek door inhoudelijke en waar mogelijk administratieve begeleiding (dataregistratie).
 4. Het beschikbaar stellen van een actueel overzicht van lopend onderzoek. Dit is onderdeel van de in paragraaf 2.1 genoemde kennisbank.
 5. Het incorporeren van onderzoek naar integrale gezondheid en zorg in bestaande onderzoeksprogramma's bevorderen.
 6. Het bevorderen van de instelling van leerstoel(en) integrale gezondheid en zorg. Van belang is dat de leerstoelhouder niet alleen expertise heeft in klinisch onderzoek naar integrale zorg, maar ook de integrale visie voldoende kan waarborgen.
 7. Het samenwerken met internationale onderzoekers en researchorganisaties op het gebied van integrative medicine and health. In dit kader zijn er door de Begeleidingscommissie contacten gelegd met diverse leden van het Amerikaanse consortium.
 8. Het bevorderen van financiering voor onderzoek gericht op integrale gezondheid en zorg, o.a. door het actief benaderen van financiers (overheid, publieke sector, bedrijfsleven, particulieren) voor het instellen van een eigen fonds, het informeren van deelnemers over externe subsidies en het mediëren van directe contacten tussen mogelijke financiers en uitvoerders van onderzoek.



Het CIGZ besluit gezamenlijk wat wel en niet onderwerp van onderzoek kan zijn. Leden hebben bovendien de vrijheid om niet aan elk gezamenlijk project deel te nemen.

2.3 Verspreiden van kennis – onderwijs en richtlijnen

Het CIGZ onderneemt activiteiten om kennis ten aanzien van integrale gezondheid en zorg te verspreiden onder relevante doelgroepen (zorgverleners, beleidsmakers, financiers, patiënten, studenten) door:

1. Het beschikbaar stellen van een kennisbank (zie 2.1).
2. Het ontwikkelen of faciliteren van onderwijsprogramma's op het gebied van integrale gezondheid en zorg voor studenten in opleiding voor een zorgverlenend beroep of voor zorgverleners.
3. Het ontwikkelen of faciliteren van voorlichtingsprogramma's ten aanzien van integrative medicine and health voor bovengenoemde doelgroepen.
4. Het bevorderen van de ontwikkeling van richtlijnen op het gebied van integrale gezondheid en zorg door zelfstandig richtlijnen te doen ontwikkelen, door bestaande richtlijnen uit het

buitenland naar de Nederlandse situatie te vertalen, en door integrale gezondheid en zorg in te brengen bij de ontwikkeling van andere richtlijnen, indien relevant. Sommige complementaire interventies zijn al opgenomen in bestaande richtlijnen, zoals massage, ontspanningsoefeningen, muziek en etherische oliën in de multidisciplinaire richtlijnen palliatieve zorg en mindfulness based cognitieve therapie in de NHG standaard depressie en de multidisciplinaire GGZ Richtlijn Depressie.

5. Het faciliteren en organiseren van cursussen, symposia, workshops, (internationale) werkbezoeken, etc.

2.4 Implementeren van kennis – advies, onderzoek en netwerk

Nieuwe kennis vindt niet vanzelf zijn weg in de praktijk. Het consortium bevordert daarom de implementatie van integrale gezondheid en zorg door:

1. Het adviseren van zorgverleners en zorginstellingen bij het implementeren van integrale gezondheid en zorg op basis van onderzoek en expertise.
2. Bij gezamenlijke onderzoeksvoorstellen nadrukkelijk aandacht te vragen voor implementatie van de onderzoeksresultaten.
3. Het (laten) doen van implementatieonderzoek en het bevorderen van proeftuinen integrale gezondheid en zorg (zie 2.2).
4. Leden van het CIGZ rond dit thema met elkaar in contact te brengen ten behoeve van kennisuitwisseling.
5. Het bevorderen van contacten tussen professionals (onderzoekers, zorgverleners en docenten) die actief zijn op het gebied van integrale gezondheid en zorg en samenwerking met relevante partijen zoals academische instellingen, de Federatie Medisch Specialisten, onderzoeksinstellingen, etc., om aldus een actief netwerk op te bouwen.

2.5 Maatschappelijke integratie en communicatie

Complementaire zorg is een maatschappelijk gegeven; patiënten maken er zelf al veelvuldig gebruik van. Het CIGZ stelt zich daarom ten doel de integratie van complementaire zorg te bevorderen en integrale gezondheid en zorg op de agenda te plaatsen van relevante partijen in de organisatie, financiering en uitvoering van de zorg. Hiertoe behoort ook de instelling van een leerstoel(en) integrale gezondheid en zorg (zie 2.2) en samenwerking met patiëntenorganisaties.

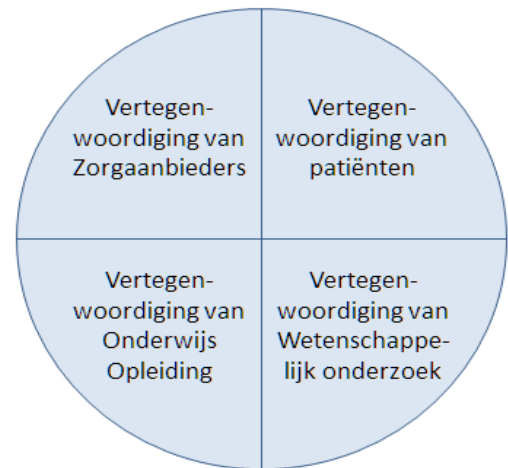
3. Lidmaatschap Consortium Integrale Gezondheid en Zorg

Het streven is om het CIGZ van start te laten gaan met minimaal 5 lidorganisaties. Deze leveren al een actieve bijdrage aan verbetering van de kwaliteit van zorg (protocollen, richtlijnen, patient outcome, patiënt tevredenheid), aan innovatie in de kwaliteit van zorg en hebben al ervaring met onderzoek naar integrale gezondheid en zorg.

3.1 Type instellingen - leden

Van het Amerikaanse consortium zijn alleen academische medische centra lid. Omdat integrative medicine and health in Nederland door een breed palet aan instellingen wordt verzorgd en deze ook nauw aangesloten dienen te zijn bij de kennisinfrastructuur van integrative medicine and health, wordt in Nederland gekozen voor vertegenwoordiging van academische en niet-academische instellingen, die actief zijn op minimaal twee van de volgende drie gebieden:

1. het primaire proces van zorg: cure en care, waaronder
 - academische ziekenhuizen
 - STZ ziekenhuizen
 - GGZ instellingen
 - ouderenzorginstellingen
 - instellingen voor gehandicaptenzorg
 - thuiszorgorganisaties
2. onderwijs/opleiding voor zorgberoepen
 - universiteiten
 - hogescholen
 -
3. wetenschappelijk onderzoek
 - universiteiten
 - hogescholen
 - kennisinstellingen
 -
4. patiëntenvertegenwoordiging



4. patiëntenvertegenwoordiging

Het is cruciaal dat de uiteindelijke 'gebruiker', dus de patiënt, nauw betrokken is bij het CIGZ. Daarom zal er ook een patiëntenvertegenwoordiging deel van uitmaken. Het luistert nauw om een goede vertegenwoordiging van 'de' patiënt te kiezen, zonder uitsluitend uit te komen op 'professionele patiënten' of op alleen een specifieke doelgroep van patiënten, zoals bijvoorbeeld oncologiepatiënten. Bij voorkeur is de patiëntenorganisatie ook founding partner. Daarnaast dienen patiënten inhoudelijk betrokken te zijn als actief lid van de werkgroepen (zie 4.1).

In de opstartfase van het CIGZ worden minimaal 5-7 zorginstellingen, inclusief een patiëntenorganisatie, door de ZonMw Begeleidingscommissie actief benaderd en uitgenodigd 'founding partners' te zijn van het CIGZ. Bij voorkeur gaat het om 2 academische ziekenhuizen, 2 STZ ziekenhuizen, 1 kennisinstelling en 1 GGZ instelling. Het lidmaatschap van het CIGZ wordt bekrachtigd op het niveau van de Raad van Bestuur van de betreffende instelling.

Na de consultatieronde met de potentiële founding partners kan besloten worden of en hoe in de tweede fase van de ontwikkeling van het CIGZ gewerkt wordt met een buitenring van aspirantleden van geïnteresseerde instellingen, die toe kunnen treden als zij aan de criteria (3.2) voldoen.

3.2 Voorzet voor criteria

Het is belangrijk om vanaf de start van het CIGZ duidelijkheid te geven over de (strengere) criteria voor toelating om de kwaliteit van onderzoek, zorg en onderwijs meteen te borgen. De wetenschappelijke kwaliteit van de leden van het consortium zal bovendien ook door critici – terecht – nauwkeurig gevolgd worden.

Algemene criteria

- De doelstellingen van het consortium worden onderschreven door de Raad van Bestuur of ander relevant bestuurlijk gremium;
- De deelnemende instelling is bereid actief te participeren in bestuurlijke, organisatorische en uitvoerende taken van het consortium;
- De deelnemende instelling deelt haar activiteiten op het gebied van integrale gezondheid en zorg met andere leden van het consortium en is bereid andere leden van het consortium toe te laten voor advies, opleiding en intervisie.

Criteria met betrekking tot onderzoek

- De deelnemende instelling heeft een structuur waarin kwaliteit en integriteit van onderzoek worden gegarandeerd (volgens relevante internationale normen op het gebied van kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek en relevante wet- en regelgeving, o.a. op het gebied van GRP).
- De onderzoeksgroep(en) van de deelnemende instelling is (zijn) zodanig samengesteld dat zij toegang hebben tot alle benodigde expertise voor het betreffend onderzoek;
- De deelnemende instelling verspreidt de uitkomsten van onderzoek in erkende wetenschappelijke tijdschriften en bijeenkomsten. De deelnemende instelling heeft aantoonbare output in de zin van publicaties en voordrachten;
- De deelnemende instelling is aantoonbaar betrokken bij (inter-)nationale samenwerking op het gebied van onderzoek

Criteria met betrekking tot zorg

- De deelnemende instelling heeft een structuur waarin de kwaliteit van zorg wordt gegarandeerd, blijvend uit een accreditatie van een erkende instelling, de aanwezigheid van een PDCA cyclus en de aanwezigheid van zorgstandaarden of protocollen en het gebruik van erkende richtlijnen;
- De samenstelling van de zorggroep is zodanig dat hierin alle expertise aanwezig is die nodig is voor kwalitatief hoogstaande zorg;
- De expertise van de zorggroep is gegarandeerd door een actief scholings- en nascholingsprogramma;
- De continuïteit van zorg is gegarandeerd door een voldoende grote samenstelling van de zorggroep en door bereikbaarheid van zorgverleners, ook buiten kantooruren;
- De deelnemende instelling geeft adequate informatie aan patiënten middels media en de organisatie van bijeenkomsten;
- De deelnemende instelling betreft patiënten actief bij organisatie en evaluatie van zorg.

Criteria met betrekking tot opleiding

- De deelnemende instelling heeft een opleidingsprogramma dat voldoet aan wet- en regelgeving t.a.v. opleiding (maakt deel uit van geaccrediteerd programma);
- De samenstelling van de onderwijsgroep is zodanig dat hierin alle expertise aanwezig is die nodig is voor een kwalitatief hoogstaand onderwijsprogramma;
- De expertise van de onderwijsgroep is gegarandeerd door een actief scholings- en nascholingsprogramma;

- De deelnemende instelling heeft een actief opleidingsprogramma op het gebied van integrale gezondheid en zorg.

Integrale gezondheid en zorg is een nog jong domein binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In de beginfase van het CIGZ is het daarom niet realistisch te verwachten dat potentiële leden aan alle criteria zullen voldoen. Wel wordt hen gevraagd een self-assessment te doen waarbij aangegeven wordt waaraan al wel en nog niet wordt voldaan en wat de plannen zijn voor de nabije toekomst.

Leden hebben overigens de vrijheid zelf te bepalen in welke mate zij integrative medicine & health invoeren in hun organisatie en met welke afdeling(en) of welk centrum zij willen deelnemen aan het CIGZ.

4. Organisatie van het Consortium voor Integrale Gezondheid en Zorg

Het CIGZ is een structurele samenwerking tussen verschillende zorg- en onderzoeksinstituten. De interne organisatie dient zo geregeld te zijn, dat deze samenwerking effectief en efficiënt verloopt. Daarnaast dient het consortium breed ingebed te zijn en is betrokkenheid van andere relevante partijen van belang.

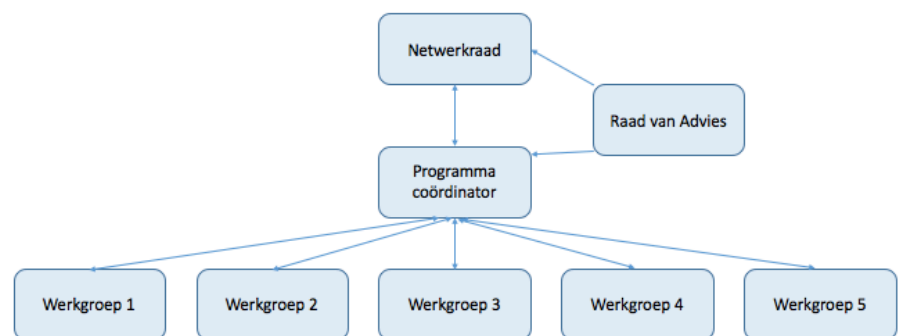
4.1 Interne organisatie

De begeleidingscommissie stelt hieronder een ruwe schets voor de interne organisatie voor, die in de consultatieronde met de beoogde founding partners naar voren is gekomen.

Er wordt gekozen voor een lichte organisatiestructuur in de vorm van een netwerkorganisatie. Rechten en plichten worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Er zullen intern verder afspraken gemaakt moeten worden met betrekking tot vergaderingen, besluitvorming, communicatie, financiën, governance/verantwoording, toe- en uitreden en de operationele uitvoering. Deze laatste dient zo lean mogelijk te zijn. Vergaderlocaties kunnen rouleren, bij de leden 'in huis'.

De begeleidingscommissie stelt voor om een netwerkraad in te stellen, die uit maximaal 9 leden bestaat, deels voortkomend uit de founding partners, deels van daarbuiten, bijvoorbeeld vanuit de ZonMw begeleidingscommissie. De netwerkraad vervult de rol van een bestuur op afstand en draagt bij aan de gezamenlijke strategische visie. De netwerkraad vergadert 3-4 per jaar, waarvan 1x een beleidsbijeenkomst. Zeker in het begin is het nodig om visie en inhoud goed met elkaar te blijven afstemmen.

De dagelijkse leiding kan in handen zijn van een programma-coördinator, eventueel gesteund door een senior onderzoeker. Idealiter bestaat er een nauwe samenwerking met de nog aan te stellen (bijzonder) hoogleraar. Administratieve ondersteuning kan eventueel 'in kind' georganiseerd worden door de leden van het CIGZ.



De begeleidingscommissie beveelt aan om binnen het CIGZ werkgroepen met een concrete opdracht in te stellen, die aansluiten bij de doelstellingen (zie 2):

- werkgroep kennisbank
- werkgroep klinische praktijk
- werkgroep educatie/onderwijs
- werkgroep onderzoek
- werkgroep maatschappelijke integratie, communicatie en beleid

In elke werkgroep zal ook een patiëntvertegenwoordiger zitting hebben.

4.2 Communicatie

De begeleidingscommissie beveelt aan om een gezamenlijk communicatiebeleid rond de samenwerkingsactiviteiten af te spreken, waarin alle leden zich kunnen vinden, en van waaruit 'met één stem' gesproken kan worden. Het thema integratieve medicine & health roept behalve positieve

reacties ook weerstand op en het is van belang dat er in rust en met maximaal draagvlak gebouwd kan worden aan het onderzoeksprogramma van het CIGZ.

4.3 Financiën

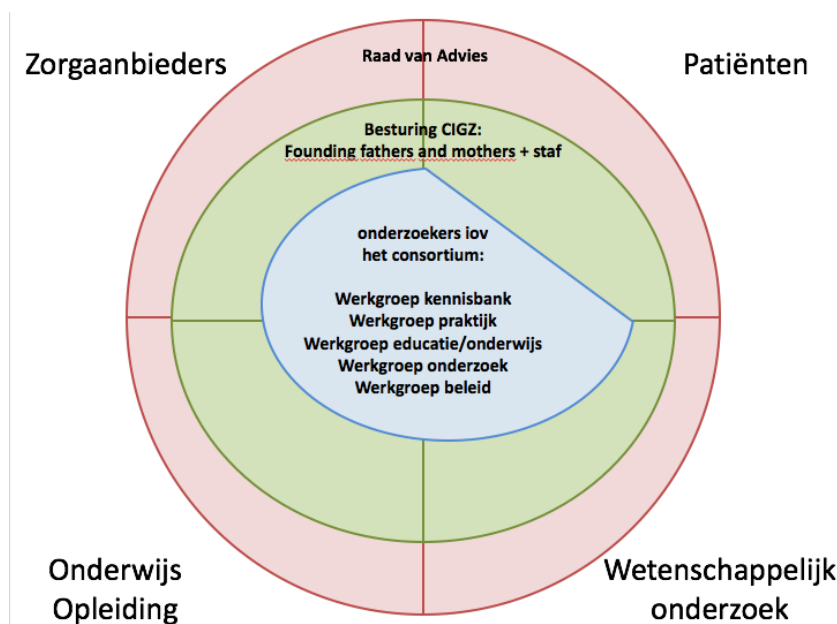
De begeleidingscommissie stelt voor dat er financiering gezocht wordt voor in eerste instantie 5 jaar middels een eigen bijdrage van de leden (€10.000 per jaar), en middels ondersteuning door ZonMw, VWS, zorgverzekeraars (via innovatiebudgetten), fondsenwervende instellingen en particuliere fondsen. Payer, provider en patient zijn op deze wijze allemaal betrokken.

4.4 Raad van Advies

Het CIGZ kent ook een Raad van Advies voor partijen die niet direct betrokken zijn bij de uitvoering van de activiteiten van het consortium maar wel belanghebbenden zijn, zoals beroepsorganisaties van complementaire behandelaren, complementaire beroepsopleidingen, beleidsmakers, financiers, verzekeraars, etc.

De Raad van Advies kan gevraagd en ongevraagd advies geven. Omdat het veld groot is en er veel stakeholders zijn, stelt de begeleidingscommissie voor dat een lid van de Raad van Advies deze rol voor een periode van 3 jaar vervult, waarna diens positie vrijkomt voor een andere stakeholder. Belangrijk is dat het complementaire veld ook voldoende vertegenwoordigd is. De Raad van Advies telt maximaal 10 leden.

De begeleidingscommissie heeft gedurende haar taak tot medio 2017 ook een Raad van Advies. De leden hiervan kunnen na de vorming van het consortium in beginsel ook zitting nemen in de Raad van Advies van het CIGZ.



4.5 Partnerschap met vergelijkbare consortia

De ontwikkeling van integrale gezondheid en zorg is een mondiale beweging, met op dit moment de Verenigde Staten als middelpunt. Het is daarom van groot belang om als Nederlands Consortium voor Integrale Gezondheid en Zorg een partnerschap aan te gaan met het Amerikaanse Academic Consortium for Integrative Medicine & Health.

Dit consortium heeft inmiddels toegezegd een Nederlands consortium te willen steunen en als gelijkwaardige samenwerkingspartner te beschouwen. Van het Amerikaanse consortium zijn op dit moment (eind 2016) 69 academische medische centra lid, zoals Stanford University School of Medicine, Yale University School of Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Mayo Clinic, Columbia University Medical Center, Cleveland Clinic, Memorial Sloan Kettering, Georgetown University School of Medicine, en Harvard Medical School.

Op dit moment zijn er ook plannen voor nationale consortia in Duitsland en Australië, met wie samenwerking gezocht kan worden.

Partnerschap zou onder meer gericht moeten zijn op kennisuitwisseling, het gezamenlijk organiseren van internationale congressen en ondersteuning bij maatschappelijke integratie.

5. Bronnen

- Busch M, Jong M, Baars E. Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen. Eerste Nederlandse inventarisatie, 2015. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Holmberg C, Brinkhaus B, Witt C. Experts' opinions on terminology for complementary and integrative medicine – a qualitative study with leading experts. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2012, 12:218 DOI: 10.1186/1472-6882-12-218
- Gaboury I, Toupin April K, Verhoef M. A qualitative study on the term CAM: is there a need to reinvent the wheel? *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2012,12:131 DOI: 10.1186/1472-6882-12-131.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.J., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van & Smid H. (2011). *How should we define health?* *BMJ* 2011, 343(4163):235-237.
- Reijmerink W. *Signalement ontwikkeling en implementatie van evidence-based complementaire zorg*. ZonMw, 2014.
- Smits P, Tack CJ. Metformin: evidence-based versus rational pharmacotherapy. *Neth J Med.* 2002; 60(6):228-30
- Van der Wilt GJ, Zielhuis GA. Merging evidence-based and mechanism-based medicine. *Lancet.* 2008; 16; 372(9638):519-20.
- World Health Organization. *WHO traditional medicine strategy 2014-2023*. 2013.
- <http://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/voorbereidingen-consortium-complementaire-zorg-van-start/>
- <https://www.imconsortium.org/>
- <http://www.nikim.nl/integrative-medicine/historie/>

Bijlage 1 – Terminologie

Wat is een voor de Nederlandse situatie geschikte term, die de grote diversiteit aan complementaire interventies en de beoogde positie ervan beschrijft?

Tot nu toe werd vooral gebruikt:

Complementaire zorg: *zorgvormen en behandelwijzen die veelal buiten de westers-wetenschappelijke geneeskunde zijn ontwikkeld en vaak ondersteunend aan reguliere zorginterventies worden gebruikt.*

Internationaal wordt vaak (een variant op) gebruikt:

CAM: *A broad range of therapeutic interventions developed and practiced by trained healthcare professionals and disciplines who have created bodies of knowledge that are used for education and training. These interventions are based on three important principles: (1) to treat the whole person; (2) to see the individual as a facilitator of health; (3) to see the body as having the inherent ability to heal itself. (Holmberg et al 2012).*

Het Amerikaanse Academic Consortium for Integrative Medicine and Health omschrijft het breder.

Integrative medicine and health: *"Integrative medicine and health reaffirms the importance of the relationship between practitioner and patient, focuses on the whole person, is informed by evidence, and makes use of all appropriate therapeutic and lifestyle approaches, healthcare professionals and disciplines to achieve optimal health and healing."*

Andere omschrijvingen van het veld zijn:

Integrative healthcare: *A system of healthcare that is patient-centered and collaborative, encompassing a diversity of therapeutic options [including CAM] that have been found to be safe, effective and informed by available evidence to achieve optimal health and healing. (Gaboury et al 2012)*

Twee afwegingen vooraf:

1. Vanuit welk perspectief willen we de term inzetten: vanuit de medische en zorgpraktijk, vanuit onderzoek, vanuit de zorgaanbieder, vanuit strategie? De context waarbinnen we de term willen gebruiken, bepaalt mede de naam. Wat en/of wie willen we bereiken?
2. In welke mate willen we internationaal aansluiten? Denk daarbij vooral aan de internationale wetenschappelijke gemeenschap op dit gebied. Het Amerikaanse consortium adviseert 'integrative medicine&health' te gebruiken.

Mogelijke termen met hun voor- en nadelen

Term	Voordeel	Nadeel
complementaire zorg	<ul style="list-style-type: none"> • bekende term voor het grote publiek • door ZonMw gebruikte term (ZonMw heeft ook voorkeur voor 'zorg' boven 'geneeskunde') • beschrijft de bestaande positie, vanuit patiënten perspectief • te gebruiken vanuit het perspectief van de zorginstelling met onderscheidend zorgaanbod 	<ul style="list-style-type: none"> • roept bij zorgprofessionals verwarring, weerstand en polarisatie op • beschrijft de positie (aanvullend), niet de inhoud • suggereert toepassing door alleen niet-reguliere zorgprofessionals

multidimensionale zorg	<ul style="list-style-type: none"> • sluit aan bij concept positieve gezondheid • klinkt vaag maar niet bedreigend: kan dus nog helemaal ingevuld worden 	<ul style="list-style-type: none"> • is meer een verwijzing naar een model dan een beschrijving • klinkt vaag en kan dus weerstand oproepen • weinig bekende term
niet-industrie gedreven zorg	<ul style="list-style-type: none"> • sluit aan bij het feit dat het vaak patiënt gedreven zorg is • geen bedreigende term 	<ul style="list-style-type: none"> • is een negatieve term, beschrijft niet wat je wel beoogt • beschrijft de positie, niet de inhoud • sluit uit dat ook bedrijven voor deze benadering kunnen kiezen
niet-reguliere zorg	<ul style="list-style-type: none"> • minder bedreigend voor de reguliere sceptici 	<ul style="list-style-type: none"> • is een negatieve term, beschrijft niet wat je wel beoogt • plaatst cz meteen in een hoek waar het nooit meer uitkomt • beschrijft de positie, niet de inhoud
leefstijlgeneeskunde	<ul style="list-style-type: none"> • geeft weer waar het bij veel complementaire interventies om gaat • is relatief nieuwe term, nog niet 'besmet' • sluit aan bij toenemende interesse in preventie • niet bedreigend, toch medisch 	<ul style="list-style-type: none"> • te onbekende term • hoort leefstijl wel bij geneeskunde? • te smal: acupunctuur is hier niet goed onder te vangen • veel interventies (diëtetiek) vallen hier onder
natuurlijke zorgvormen	<ul style="list-style-type: none"> • beschrijft de herkomst van cz vormen • omvat vrijwel alle complementaire zorgvormen 	<ul style="list-style-type: none"> • blijft iets naast de reguliere zorg • onduidelijk begrip: meeste reguliere geneesmiddelen zijn van natuurproducten afkomstig
holistische zorg	<ul style="list-style-type: none"> • sluit aan bij het denken over duurzaamheid, ecologie, milieu • sluit aan bij terminologie in de studie van complexe systemen • biedt ruimte voor de combinatie regulier-complementair 	<ul style="list-style-type: none"> • in de gezondheidszorg mogelijk geassocieerd met 'vaag' • Betreft met name het doel (mens als geheel) en minder de methoden.
mind-body geneeskunde	<ul style="list-style-type: none"> • geeft weer waar het bij veel complementaire interventies om gaat • sluit aan bij toenemende interesse voor stress en gezondheid • niet bedreigend, toch medisch • internationale aansluiting 	<ul style="list-style-type: none"> • Engelse term • medisch georiënteerd • te smal: acupunctuur is hier niet goed onder te vangen • verwarrend: psychiatrie valt hier ook onder
integrale zorg	<ul style="list-style-type: none"> • beschrijft de gewenste situatie van integratie • omvat meer dan alleen geneeskunde 	<ul style="list-style-type: none"> • In NL hebben we al de term 'integrale zorg' die een andere betekenis heeft (ketenzorg)
integrative health (care)	<ul style="list-style-type: none"> • internationale aansluiting • in overeenstemming met trend naar positieve gezondheid • biedt aanknopingspunten bij personalized health care 	<ul style="list-style-type: none"> • Engelse term
integrative medicine and health	<ul style="list-style-type: none"> • internationale aansluiting • beschrijft de bestaande positie, vanuit patiënten perspectief • beschrijft de praktijk vanuit het perspectief van de arts als eindverantwoordelijke behandelaar • omvat doel (mens als geheel) en methoden (verschillende methoden geïntegreerd in behandeltraject) 	<ul style="list-style-type: none"> • Engelse term
integrale gezondheid en zorg	<ul style="list-style-type: none"> • beschrijft de huidige situatie: op weg naar integratie • is een Nederlandse term • omvat meer dan alleen geneeskunde • legt de nadruk op gezondheid 	<ul style="list-style-type: none"> • moet in internationale communicatie vertaald worden

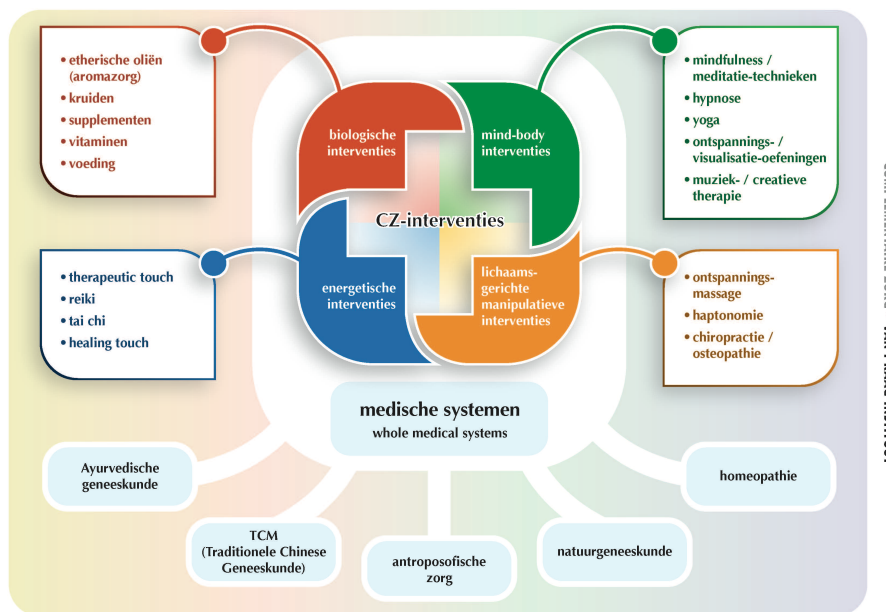
Bijlage 2 – Diversiteit aan complementaire zorgvormen

Integratieve medicine & health omvat meer dan alleen de toevoeging van complementaire interventies aan de gangbare zorg. Omdat de nadruk ligt op het bevorderen van gezondheid, zijn preventie, het stimuleren van een gezonde leefstijl en ondersteunen van de veerkracht belangrijke elementen. Hiervoor kunnen ook – evidence based – complementaire interventies ingezet worden.

Om enige ordening in de diversiteit aan complementaire zorgvormen aan te brengen, wordt wel het volgende schema gebruikt, waarin vier categorieën te onderscheiden zijn:

1. biologische interventies (zoals voeding, supplementen, kruidenmiddelen);
2. mind-body interventies (zoals mindfulness, yoga, geleide visualisatie, muziek);
3. lichaamsgerichte manipulatieve interventies (zoals massage, osteopathie);
4. energetische interventies (zoals therapeutic touch, tai chi, reiki).

Deze zorgvormen zijn vaak geworteld in bredere medische systemen uit andere culturele en voor-wetenschappelijke tradities, zoals de traditionele Chinese geneeskunde, de ayurvedische geneeskunde, antroposofische zorg en de natuurgeneeskunde.



Lang niet al deze aanvullende zorgvormen zijn voldoende op effectiviteit onderzocht. Omdat een deel ontwikkeld is buiten de westers-wetenschappelijke geneeskunde, sluit het veronderstelde werkingsmechanisme bovendien niet altijd aan bij het wetenschappelijke biomedische model.

Op basis van de kaders aangegeven in 2.2. (Ontwikkelen van kennis - onderzoek) maakt het CIGZ zelf keuzes met betrekking tot welke interventies wel en niet binnen het consortium onderzocht zullen worden.