

Inventarisatie van factoren die een rol spelen bij huisartsen om door te verwijzen naar een osteopaat en aanbevelingen voor osteopaten in het huidige verwijsbeleid



Student: Drs: Lucio Marcello Leone

Docent: Rik Hoste

College Sutherland academisch jaar 2019/2020

Inventarisatie van factoren die een rol spelen bij huisartsen om door te verwijzen naar een osteopaat en aanbevelingen voor osteopaten in het huidige verwijsbeleid

Thesis voorgedragen ter verkrijging van de titel Diploma in de Osteopathie (D.O.) van het Nederlands Academisch College voor Osteopathie

Lucio Marcello Leone

Rik Hoste D.O., begeleider

College Sutherland

Maasland, 2019

Brugge, 18 september 2019

Ondergetekende is als promotor van **Lucio Marcello Leone**

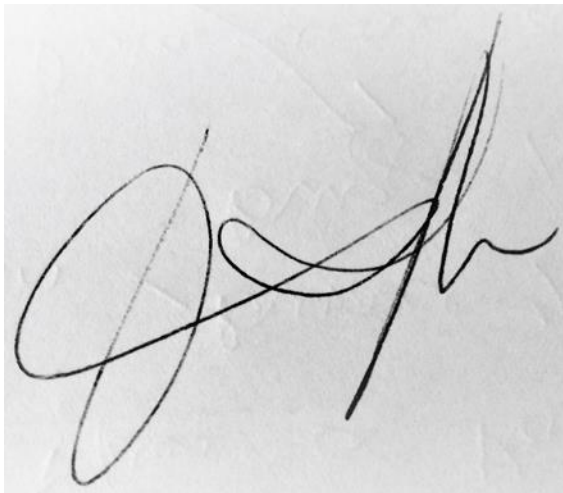
op de hoogte van de opzet, de structuur en de inhoud van de thesis,

'Inventarisatie van factoren die een rol spelen bij huisartsen om door te verwijzen naar een osteopaat en aanbevelingen voor osteopaten in het huidige verwijsbeleid.'

die ter beoordeling aan het NACO wordt aangeboden ter afsluiting van de opleiding Osteopathie en het behalen van de titel DO.

Rik Hoste DO MSc

Osteopaat

A handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature is highly stylized and cursive, appearing to be 'Rik Hoste'.

Voorwoord

In 2006 ben ik mijn studie fysiotherapie aan de Universiteit van Palermo (Italië) begonnen. Deze studie is in Italië deel van de geneeskundige faculteit. De lessen werden voornamelijk door artsen en chirurgen gegeven. In 2010 haalde ik mijn universitaire diploma. Mijn vakkennis was groot: anatomie, fysiologie, pathologie, farmacologie en kinesiologie klonken als muziek in mijn oren. Echter, toen ik eenmaal begon te werken als fysiotherapeut, merkte ik dat ik wat miste.

Ik miste de integratie van de verschillende vakken. Ik kon veel vertellen aan patiënten over een gewricht of over de functie van het middenrif of van de lever. De verbanden tussen deze structuren kon ik echter niet leggen. Soms vroeg een patiënt mij: 'Wat kan ik doen om deze klachten op te lossen?' Dan kon ik oefeningen geven, maar met mijn handen kon ik weinig.

Zo is een zoektocht begonnen om de opgedane theoretische kennis naar de praktijk te vertalen. Het was echter lastig om een (para)medische specialisatie te vinden die mij de mogelijkheid bood om op een holistische manier naar het lichaam te kijken. Al snel kwam ik erachter dat ik mijn ambitie niet binnen de 'reguliere' zorg zou kunnen bereiken.

Mijn doel was niet om het lichaam in secties te verdelen en volgens middels een reductionistische visie de klacht van een patiënt te behandelen: ik wilde het tegenovergestelde. Ik wilde leren om de patiënt zelf te behandelen door aandacht te besteden aan het gehele lichaam, ook de gezonde kant. Uiteindelijk bleek osteopathie hier geschikt voor.

In de jaren die volgden hadden collega-fysiotherapeuten en artsen in universitaire ziekenhuizen commentaar op mijn 'niet-reguliere' opleiding, zoals osteopathie genoemd wordt. Aan de andere kant vroegen studiegenoten mij hoe ik kon blijven werken in een academische setting waar de reductionistische visie als de enige waarheid wordt beschouwd.

Deze situatie heeft ervoor gezorgd dat ik dit thesisonderwerp heb gekozen. Ik vind het van belang dat de reguliere gezondheidszorg en de osteopathie dichterbij elkaar komen. Er hoeft geen keuze gemaakt te worden. We kunnen daarentegen kennis en kunde delen en de zorg kunnen leveren die onze medemens nodig heeft

Dankwoord

Gedurende de afgelopen jaren heb ik de kennis en het vakmanschap van de docenten aan het College Sutherland in Amsterdam mogen ervaren. Mijn dankbaarheid voor hun passie en geduld.

Mijn speciale dank gaat uit naar Rik Hoste (D.O.) door wie ik de eer had om te worden begeleid tijdens het schrijven van dit eindwerk.

Mijn hartelijke dank gaat uit naar mijn studiegenoten die sinds het begin van deze opleiding mij steeds hebben ondersteund. Ook in de taalbarrière, waarmee ik geworsteld heb.

Mijn oprechte dank gaat uit naar mijn vrouw die in deze jaren de voorwaarden heeft geschept om het volgen van deze opleiding en het ontwikkelen van dit onderzoek waar te maken.

Samenvatting

De relatie tussen osteopaten en huisartsen kan de sleutel zijn tot de verdere ontwikkeling van de osteopathie in Nederland. Simpson (1998) concludeert dat zelden samenwerking plaatsvindt tussen reguliere artsen en chiropractors of osteopaten. Het is noodzakelijk om de attitude van huisartsen ten aanzien van osteopathie te begrijpen, voordat een betere samenwerking kan worden opgebouwd. Een onderzoek naar de 'perceptie en attitude' van de huisartsen met betrekking tot het verwijsbeleid, kan voor osteopaten interessante handvatten opleveren.

Het doel van dit onderzoek is dan ook om inzicht te geven in de factoren die voor de huisarts een rol spelen bij de doorverwijzing naar een osteopaat. Tevens dient dit onderzoek om osteopaten bewust te maken van hun gedrag ten opzichte van huisartsen.

Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *In hoeverre hebben geslacht, leeftijd, aantal jaar werkervaring van de huisarts, plaats van de praktijk, doelgroep en aangetoond wetenschappelijk bewijs bij prikkelbaredarmsyndroom (PDS), migraine en rugklachten een invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?*

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag, is een *mixed method study* uitgevoerd waarvoor online vragenlijsten zijn verspreid.

Uit dit onderzoek is gebleken dat vrouwelijk huisartsen hun patiënten eerder naar een osteopaat doorverwijzen. Jongere huisartsen, zijn tevens sneller geneigd om hun patiënten naar een osteopaat door te verwijzen. Het aantal doorverwijzingen naar een osteopaat heeft zich met name de laatste 5 jaar ontwikkeld. Huisartsen die tussen 5 en 10 jaar werkzaam zijn, zijn eerder geneigd om hun patiënten naar een osteopaat door te verwijzen. Daarnaast is een groot verschil gevonden tussen het aantal doorverwijzingen van huisartsen uit grote steden en van die uit in kleinere gemeenten. Huisartsen die patiënten naar een osteopaat doorverwijzen, verwijzen met name volwassenen en baby's door. Huisartsen die patiënten naar een osteopaat doorverwijzen, doen dit met name op basis van rugklachten.

Hoewel de effectiviteit van osteopathische technieken bewezen is voor PDS, rugklachten, migraine gerelateerde klachten en huilbaby's, zijn huisartsen vaak niet bekend met deze effectiviteit. De huisartsen verschillen van mening over de vraag of osteopathie een toegevoegde waarde zou kunnen geven aan het huidige verwijsbeleid.

Het hier gepresenteerde onderzoek kan worden gezien als een oriëntatie op de samenwerking tussen osteopaten en huisartsen. Om meer uitspraken te kunnen doen over de gevonden verbanden, is een meer verdiepend onderzoek noodzakelijk.

Abstract

The relationship between osteopaths and general practitioners (GP's) can be the key to the further development of osteopathy in the Netherlands. Simpson (1998) draws the conclusion from his research that collaboration between GP's and chiropractors or osteopaths is very rare. Awareness and understanding of what lies behind the perception and attitude of GP's, regarding osteopathy, is essential for building better cooperation. Investigating what "perception and attitude" of general practitioners influences in making choices within their referral policy can provide interesting tools for osteopaths.

The aim of this research is therefore to provide insight into factors that play a role for a general practitioners in relation to referral to an osteopath. The aim of this research is also to create awareness among osteopaths in the context of their behavior towards GP's.

The following research question has been drawn up for this study: *Does gender, age, number of years of work experience of the general practitioner, place of practice, target group and proven scientific evidence by Irritable bowel syndrome (IBS), migraine and back pain affect referral to an osteopath among GP's?*

To be able to answer the research question, a mixed method study research design was carried out for which an online questionnaire was distributed.

This research has shown that female GP's are more likely to refer their patients to an osteopath. Younger general practitioners, are also more likely to refer their patients to an osteopath. Referring patients to an osteopath in particular has developed over the last 5 years. General practitioners who are employed between 5 and 10 years are more likely to refer their patients to an osteopath. There is a big difference between the number of referrals to an osteopath of general practitioners based in large cities and in smaller municipalities. GP's who refer patients to an osteopath refer adult patients and babies in particular. GP's who refer patients to an osteopath mainly do this due to back pain diagnosis.

Despite the existence of scientific evidence about the effectiveness of osteopathic techniques on IBS, back pain and migraine, GP's are very often not familiar with this. The opinions of general practitioners or osteopathy could have an added value in the current referral policy, differ greatly.

The research presented here can be seen as an exploratory study in the field of cooperation between osteopaths and general practitioners. To be able to make more statements about these relationships, a more in-depth investigation is necessary.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	III
Dankwoord.....	IV
Samenvatting.....	V
Abstract.....	VI
Inhoudsopgave.....	VII
Hoofdstuk 1: Inleiding	
1.1 OPKOMST VAN OSTEOPATHIE IN NEDERLAND.....	1
1.2 ONDERZOEK NAAR HET VERWIJZINGSBELEID.....	1
1.3 FACTOREN VAN DE HUISARTS.....	1
1.4 DOELGROEP.....	2
1.5 KLACHTEN.....	2
1.6 PERSOONLIJKE MENINGEN.....	2
1.7 VOLDOENDE INFORMATIE.....	3
Hoofdstuk 2: Achtergrond	
2.1 ACHTERGROND VAN DEZE STUDIE.....	4
2.2 PROBLEEMSTELLING, BELANG EN DOEL VAN DEZE STUDIE.....	5
Hoofdstuk 3: Onderzoekopzet	
3.1 INLEIDING.....	6
3.2 DOELSTELLING, VRAAGSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN.....	6
3.2.1 HYPOTHESEN.....	6
3.3 METHODE.....	9
3.3.1 TYPE ONDERZOEK.....	9
3.3.2 PROCEDURE.....	9
3.3.3 ONDERZOEKSGROEPEN.....	11
3.3.4 Meetinstrument.....	11

3.3.5 <i>TOTSTANDKOMING VAN HET MEETINSTRUMENT</i>	12
Hoofdstuk 4: Data en analyseplan	
4.1 INLEIDING.....	14
4.1.1 <i>Dataverzameling</i>	14
4.2.2 <i>PROCEDURE EN ANALYSE</i>	14
Hoofdstuk 5: Resultaten	
5.1 INLEIDING.....	15
5.2 OVERZICHT VAN DE RESULTATEN.....	15
5.2.1 <i>ANALYSE VAN DE ACHTERGRONDGEGEVENS</i>	16
5.2.1.1 <i>SAMENVATTING GEGEVENS NAAR GESLACHT EN PLAATS</i>	17
5.3 ACHTERGROND GEGEVENS: BELEVING VAN HET HUIDIGE VERWIJSBELEID EN INZICHT IN BESTAANDE EVIDENTIE.....	17
5.4 ANTWOORDEN OP HYPOTHESEN.....	20
5.4.1 <i>HYPOTHESE 1</i>	20
5.4.2 <i>HYPOTHESE 2</i>	22
5.4.3 <i>HYPOTHESE 3</i>	23
5.4.4 <i>HYPOTHESE 4</i>	26
5.4.5 <i>HYPOTHESE 5</i>	27
5.4.6 <i>HYPOTHESE 6</i>	28
5.4.7 <i>HYPOTHESE 7</i>	31
Hoofdstuk 6: Conclusie, discussie en aanbevelingen	
6.1 INLEIDING.....	34
6.2 CONCLUSIES MET BETREKKING TOT DE ONDERZOEKSVRAGEN.....	34
6.2.1 <i>PRIMAIRE VRAAGSTELLING</i>	34
6.2.2 <i>DEELVRAAG 1</i>	35
6.2.3 <i>DEELVRAAG 2</i>	36
6.2.4 <i>DEELVRAAG 3</i>	37
6.2.5 <i>DEELVRAAG 4</i>	37
6.2.6 <i>DEELVRAAG 5</i>	37

6.2.7 DEELVRAAG 6.....	37
6.2.8 DEELVRAAG 7.....	38
6.2.9 DEELVRAAG 8.....	39
6.3 OORSPRONKELIJKE VERWACHTINGEN EN UITEINDELIJKE RESULTATEN.....	39
6.4 EVALUATIE VAN HET ONDERZOEK.....	39
6.4.1 <i>STERKE KANTEN VAN HET ONDERZOEK</i>	39
6.4.2 <i>TEKORTKOMINGEN IN HET ONDERZOEK</i>	40
6.4.3 <i>AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK</i>	40
6.4.3.1 <i>AANBEVELINGEN VOOR OSTEOPATEN</i>	42
6.5 CONCLUSIE.....	43
BIBLIOGRAFIE.....	44
LIJST VAN TABELLEN.....	47
LIJST VAN GRAFIEKEN.....	69
BIJLAGE I: UITNODIGING PROTOCOLLEN A,B EN C.....	75
BIJLAGE II: E-MAIL/WHATSAPP UITNODIGING FASE 1.....	79
BIJLAGE III: E-MAIL/WHATSAPP UITNODIGING FASE 2 EN 3.....	81
BIJLAGE IV: MeSH TERMEN EN ARTIKELEN GESCREEND VOOR DE TOTSTANDKOMING VAN DE VRAGENLIJST.....	83
BIJLAGE V: CORRECTIES EERSTE VERSIE VRAGENLIJST.....	86
BIJLAGE VI: DEFINITIEVE VRAGENLIJST	90

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 OPKOMST VAN OSTEOPATHIE IN NEDERLAND

Alternatieve geneeswijzen worden steeds populairder. Dit geldt ook voor osteopathie. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gaf in 2014 aan dat bijna 1 miljoen Nederlanders zich lieten behandelen met alternatieve geneeswijzen. Ongeveer 17 % koos voor de osteopaat. (CBS, 2014). De toenemende populariteit van alternatieve geneeswijzen is ook te merken aan het groeiend aantal osteopaten in Nederland. In totaal telde Nederland in 2000 151 geregistreerde osteopaten. Dat aantal was 2 jaar later toegenomen tot 188 (Zweedijk, 2002). De verwachting is dat het aantal osteopaten anno 2019 nog veel hoger ligt.

De relatie tussen osteopaten en huisartsen kan de sleutel zijn tot de verdere ontwikkeling van de osteopathie in Nederland. Het is van belang dat de osteopaten zich bewust worden van de perceptie die huisartsen hebben van osteopathie en van de houding die hieruit voortvloeit. Op basis hiervan kan een betere samenwerking worden opgebouwd. Een onderzoek naar de invloeden op de 'perceptie en attitude' van de huisartsen in hun verwijzingsbeleid kan voor osteopaten interessante handvatten opleveren.

1.2 ONDERZOEK NAAR HET VERWIJZINGSBELEID

In dit onderzoek wordt het huidige verwijzingsbeleid in kaart gebracht. Sinds 1980 zijn verschillende onderzoeken naar het verwijzingsbeleid in het binnen- en buitenland gedaan. In dit onderzoek worden deze studies geanalyseerd om het huidige verwijzingsbeleid in kaart te brengen. Op deze manier wordt duidelijk waar verbeteringen mogelijk zijn.

1.3 FACTOREN VAN DE HUISARTS

Het is nog onduidelijk hoe patiënten terechtkomen bij een osteopaat. Dit onderzoek richt zich op de rol van de huisarts. De huisarts is voor veel mensen de toegangspoort tot hulp bij klachten. De huisarts wordt in dit onderzoek aangeduid met *hij*. Hiermee wordt zowel een mannelijke als een vrouwelijke huisarts bedoeld.

Dit onderzoek belicht verschillende factoren die de doorverwijzing naar een osteopaat kunnen beïnvloeden. Zo wordt gekeken naar het geslacht van de huisarts. Vrouwen worden beschouwd als de grootste gebruikers van alternatieve geneeswijzen (Ernst, 2000). Dat maakt

het interessant om te onderzoeken of vrouwelijke huisartsen meer of sneller doorverwijzen naar een osteopaat.

Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek dat de werkervaring van de huisarts een rol speelt bij de doorverwijzing (Bacman & Freeborn, 199). Onderzoek van Iverson laat zien dat Amerikaanse huisartsen in grotere gemeenten een hoger doorverwijzingspercentage hebben dan huisartsen in kleinere gemeenten (Iverson G, 2005). Deze factoren worden dan ook meegenomen in dit onderzoek.

1.4 DOELGROEP

Het is interessant om te achterhalen welke doelgroep de huisarts voornamelijk doorverwijst naar de osteopaat. In dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen drie doelgroepen: baby's, volwassenen en sporters. Perinatol stelt namelijk dat een kwart van de patiënten die in een osteopathische praktijk behandeld worden, jonger dan 2 jaar is (Peritanol, 2016). Verder zijn vooral 30- tot 65-jarigen onder behandeling van een alternatieve genezer (CBS, 2014). Daarnaast blijkt uit de media dat ook in de sportwereld osteopathie terrein wint: topsporters maken gebruik van osteopathie om hun prestaties te verbeteren (Geneeswijzer, 2018). Zo worden wielrenners sterker gemaakt door osteopathie (Sportknowhowxl, 2013).

1.5 KLACHTEN

Ook wordt in dit onderzoek achterhaald bij welke klachten een huisarts doorverwijst naar een osteopaat. Hoewel osteopathie niet geheel wetenschappelijk bewezen is, wordt steeds meer wetenschappelijk bewijs gevonden voor de effecten van osteopathische behandelingen, voornamelijk op het gebied van migraine (Voigt K, 2011), lage rugpijn (Licciardone JC, 2005) en het prikkelbare darm syndroom (Müller A, 2014). Er wordt onderzocht of het effectieve wetenschappelijke bewijs bij bovengenoemde klachten een rol speelt bij de beslissing van huisartsen om door te verwijzen naar een osteopaat.

1.6 PERSOONLIJKE MENING

In 2007 stond het volgende citaat in het *Medisch Contact*: "Minder dan de helft van de artsen vindt dat de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) moet proberen een brug te slaan tussen alternatief en regulier werkende artsen. Maar een ongeveer even grote groep vindt dat ze dat juist niet moet doen" (Dijk, 2007). Deze ledenpeiling onder 779 artsen laat tevens zien dat 46 % vindt dat artsen geen alternatieve

geneeswijzen zouden moeten toepassen. Van hen meent 42 % dat artsen die alternatieve geneeswijzen toepassen de beroepseer en de goede naam van artsen aantasten. Iets minder artsen (36 %) zijn het niet met deze stellingen eens. Dit roept de vraag op wat de huidige situatie is.

1.7 VOLDOENDE INFORMATIE

In bovengenoemde ledenpeiling vindt een krappe meerderheid (58 %) dat artsen zich moeten informeren over alternatieve geneeswijzen, zodat zij hun patiënten beter kunnen voorlichten. Dit roept de vraag op of artsen zich inmiddels voldoende geïnformeerd voelen over osteopathie om goed voor te lichten.

Hoofdstuk 2: Achtergrond

2.1 ACHTERGROND VAN DEZE STUDIE

Simpson (1998) concludeert dat zelden samenwerking plaatsvindt tussen reguliere artsen en chiropractors of osteopaten. Ook wanneer de patiënt de arts kenbaar maakt dat hij een van de twee bovengenoemde alternatieve specialismen wil inzetten, is de reguliere arts geneigd om de patiënt naar een fysiotherapeut (of een vergelijkbare professional) door te verwijzen (Simpson, 1998).

De Nederlandse definitie van osteopathie is beschreven in het beroepscompetentieprofiel Osteopathie. Hieruit blijkt dat “osteopathie een diagnose- en behandelmethode is die de manuele patiëntbehandeling als doel heeft. Osteopathie richt zich op het zelfregulerende mechanismen van de mens. Osteopathie baseert zich op het concept dat de mens als levend organisme een structurele (anatomie) en functionele (fysiologie) eenheid is. De focus van de osteopathie ligt op de benadering van de optimalisering van de gezondheid van de patiënt met het doel ziekten te genezen” (Well & Kouwenberg, 2009).

Verschillende wetenschappelijke vaktijdschriften hebben betrekking op osteopathie¹. Twee daarvan hebben een impactfactor, namelijk *International Journal of Osteopathic Medicine* (Elsevier, 2019) en *The Journal of the American Osteopathic Association*².

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in België heeft in 2010 geconcludeerd dat de toepassing van ‘osteopathische technieken’ ter hoogte van de wervelkolom effectief is voor de bestrijding van lagerug- en nekpijn. Daarnaast wordt gesteld dat manuele interventies beter zijn dan de klassieke aanpak van de huisarts (T De Gent, 2010). Bovendien toont onderzoek aan dat osteopathie minder dan de reguliere zorg gepaard gaat met neveneffecten en kostenbesparend kan zijn. Dit zijn onderbouwde redenen om osteopathie de eerste keuze te laten zijn voor de behandeling van deze klachten. Volgens de *American Osteopathic Association* geven de klinische richtlijnen ook aan dat de voorkeur moet worden gegeven aan osteopathie (Jaoa Guidelines, 2016). De conclusies uit het voorgaande worden bevestigd door omvangrijkere en vergelijkbare wetenschappelijke studies (John C. Licciardone, 2013).

Desondanks lijken de Nederlandse huisartsen geen eenduidige mening te hebben over de geloofwaardigheid en effectiviteit van osteopathie. Dat maakt dit onderzoek van belang. Het

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/?term=osteopathic+journal>

² <https://jaoa.org/>

kan een uitweg bieden uit de impasse die het gevolg is van de gepolariseerde verhoudingen tussen het medische en het alternatieve osteopathische domein.

2.2 Probleemstelling, belang en doel van deze studie

De huisarts is de toegangspoort tot zorgverlening. Het is daarom van belang dat de huisarts weet wat een osteopaat doet en bij welke klachten hij een patiënt kan aanraden een osteopaat te bezoeken. De huisarts dient zorgvuldig te overwegen of de patiënt baat zou kunnen hebben bij osteopathische ondersteuning en de patiënt hierover te informeren.

Dit onderzoek richt zich op de persoonlijke factoren van de huisarts in relatie tot de doorverwijzing naar een osteopaat. Deze factoren zouden zowel bewust als onbewust een rol kunnen spelen. De uitkomsten van het onderzoek worden geanalyseerd in het licht van het huidige verwijsbeleid. Dit kan duidelijk maken waarom het verwijsbeleid is zoals het is en welke acties osteopaten zouden moeten ondernemen om het beslisproces van de huisartsen te beïnvloeden. Het doel van deze studie is dan ook om inzicht te geven in de factoren die een rol spelen bij de beslissing van een huisarts om een patiënt door te verwijzen.

In dit onderzoek wordt ingegaan op de persoonlijke factoren van de huisarts en de plaats van de praktijk in relatie tot de doorverwijzing. Tevens wordt achterhaald bij welke doelgroep en welke klachten de huisartsen het eerst kiezen voor een doorverwijzing. Deze kennis kan van betekenis zijn om te bepalen welke interventies kunnen worden ingezet.

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is osteopaten bewust te maken van hun gedrag ten opzichte van huisartsen. Wanneer osteopaten bijvoorbeeld kennis genereren via wetenschappelijke wegen, komt dit de samenwerking met de huisartsen ten goede. Dit geldt ook voor wetenschappelijke communicatie en benaderingswijzen. Daarnaast is deze houding gunstig voor de verleende zorg aan patiënten.

Hoofdstuk 3: Onderzoekopzet

3.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. Eerst komen de vraagstelling en de hypothese aan bod (3.2). Vervolgens wordt in paragraaf 3.3 de methode beschreven. Hierbij komen het type onderzoek, de procedure, de onderzoeksgroep en het gebruikte meetinstrument aan bod. Paragraaf 3.4 bevat het data-analyseplan met de dataverzameling en -analyse.

3.2 DOELSTELLING, VRAAGSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN

Met dit onderzoek wordt de volgende vraag beantwoord:

In hoeverre hebben geslacht, leeftijd, aantal jaar werkervaring van de huisarts, plaats van de praktijk, doelgroep en aangetoond wetenschappelijk bewijs bij migraine, lage rugpijn en PDS, een invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?

Bij deze primaire vraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Heeft het geslacht van de huisarts invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?
2. Heeft de leeftijd van de huisarts invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?
3. Heeft het aantal jaar werkervaring van de huisarts invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?
4. Heeft de plaats waar de praktijk van de huisarts is gevestigd invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?
5. Welke doelgroepen verwijzen huisartsen voornamelijk door naar een osteopaat?
6. Bij welke klachten verwijzen huisartsen door naar een osteopaat?
7. Hoe is de beleving en de uitvoering van de huisarts op het verwijsbeleid
8. Welke overige factoren spelen een rol bij de doorverwijzing naar een osteopaat?

3.2.1 HYPOTHESEN

De verwachting is dat persoonlijke kenmerken van belang zijn voor de doorverwijzing naar de osteopaat. Het gaat dan bijvoorbeeld om leeftijd, geslacht, aantal jaar werkervaring, eerdere (in)directe contactmomenten met osteopaten en de plaats van de praktijk van de huisarts. Communicatie, specificiteit van de doelgroep en wetenschappelijk bewezen effectiviteit van de

osteopathische behandeling zijn doorslaggevende factoren in de beslissing van de huisarts om een patiënt door te verwijzen naar een osteopaat.

1. Het is aannemelijk dat vrouwelijke huisartsen als deel van de groep 'hoogopgeleide vrouwen' eerder geneigd zijn om hun patiënten door te verwijzen naar een osteopaat dan hun mannelijke collega's. Eerder onderzoek heeft laten zien dat (hoogopgeleide) vrouwen de grootste gebruikers zijn van alternatieve geneeswijzen (Ernst, 2000) en dat vrouwelijke huisartsen een hogere doorverwijzingsgraad hebben naar de alternatieve geneeswijzen dan mannelijke huisartsen (B Benjamin, 2003)
2. Het is aannemelijk dat bij een persoonlijke directe of indirecte positieve ervaring met een osteopaat, een (vrouwelijke) huisarts sneller geneigd is om een osteopathisch consult te adviseren. Uit een kleinschalig onderzoek in Nieuw-Zeeland blijkt dat de perceptie en de houding van huisartsen ten aanzien van osteopathie te maken hebben met opleiding, ervaringen van patiënten en persoonlijke ervaringen met osteopathie (Currie, 2017). Bishop (et al.) heeft aangetoond dat via via verkregen informatie van belang is bij de beslissing van patiënten om een osteopaat te bezoeken (FL Bishop, 2013).
3. Het is aannemelijk dat jonge huisartsen eerder doorverwijzen naar een osteopaat dan hun oudere collega's. Hun academische vorming heeft namelijk overlapt met de recente opkomst van de osteopathie.
4. Sinds de geneeswijzen buiten het officiële domein in opkomst zijn, is de groep gebruikers gegroeid. In 1981 bezocht slechts 4 % van de Nederlanders een alternatieve genezer, zoals een acupuncturist of osteopaat. In 2007 was dit 7 %. Wanneer alternatieve behandelingen bij de eigen huisarts worden meegerekend, was dit 11 % (CBS 2007, alternatieven geneeswijzen in Nederland), (Kloosterman, 2019). Uit cijfers van het CBS is gebleken dat bijna 1 miljoen Nederlanders zich in 2014 lieten behandelen met alternatieve geneeswijzen. Ongeveer 17 % hiervan koos voor de osteopaat. (CBS, 2014). De toegenomen populariteit van alternatieve geneeswijzen is ook te merken aan het groeiend aantal osteopaten in Nederland. Het is daarom aannemelijk dat (jonge) huisartsen voornamelijk de afgelopen 5 jaar (2014-2019) patiënten hebben doorverwezen naar een osteopaat.
5. Onderzoek van Iverson et al. laat zien dat Amerikaanse huisartsen in grotere gemeenten een hoger doorverwijzingspercentage hebben dan huisartsen in kleinere gemeenten (Iverson G, 2005). In steden met een universitaire medische instelling is het doorverwijzingspercentage zelfs 14 procentpunt hoger dan in steden zonder medische instelling. In dorpen is dit 12 procentpunt lager dan in steden zonder universitaire medische instelling. (B Benjamin, 2003). Om deze reden valt te

verwachten dat huisartsen uit grotere steden (zeker als er een universiteit is) een hoger doorverwijzingspercentage hebben dan degenen die gevestigd zijn in kleinere steden of dorpen.

6. Hoewel osteopathie niet geheel wetenschappelijk bewezen is, wordt steeds meer wetenschappelijk bewijs gevonden voor de effecten van osteopathische behandelingen, voornamelijk op het gebied van migraine (Voigt K, 2011) en lage rugpijn (Licciardone JC, 2005). Müller et al. hebben met een systematic review aangetoond dat een osteopathische manuele benadering bij het prikkelbaredarmsyndroom meer gunstige effecten heeft dan een standaardbehandeling (Müller A, 2014). In een ander onderzoek hebben Ernst et al. aangetoond dat de expertise van osteopaten en chiropractors het meest geschikt is voor lagerugklachten (E Ernst, 1999). Uit een *randomized controlled trial* van Lanaro et al. met 1306 premature baby's is gebleken dat osteopathische behandelingen hebben geleid tot een kortere opnameduur en een kostenreductie (Lanaro, Ruffini, Manzotti, & Lista, 2017). Perinatol geeft aan dat een kwart van de patiënten die in een osteopathische praktijk behandeld worden, jonger dan 2 jaar is (Peritanol, 2016). Ook volwassenen van 30 tot 65 jaar worden vaak behandeld door alternatieve genezers. (CBS, 2014). Tevens is de osteopathie in opkomst in de sportwereld (Geneesjewijzer, 2018), (Sportknowhowxl, 2013). Het is aannemelijk dat huisartsen osteopathische behandelingen met name adviseren voor baby's, volwassenen en sporters. Daarnaast wordt verwacht dat met name wordt doorverwezen bij het prikkelbaredarmsyndroom, lagerugklachten en migraine.
7. Osteopaten gebruiken een andere 'taal' dan in de reguliere geneeskunde gebruikelijk is. Dit hoeft niet tot problemen te leiden in de samenwerking, mits therapeuten in staat zijn en bereid zijn om hun eigen concepten voor de huisarts te 'vertalen'. Jamison concludeert in zijn onderzoek uit 1995 (Jamison, 1995) dat structureel contact tussen chiropractors en huisartsen een belangrijk rol speelt in de waardering die huisartsen hebben voor deze discipline. Het lijkt aannemelijk dat deze bevinding ook geldt voor de waardering van huisartsen voor osteopaten. Ben-Arie E et al. concluderen dat eerstelijnszorgverleners en complementaire genezers, waaronder osteopaten, zich bij huisartsen zouden moeten focussen op de communicatie over de medische bevindingen en op de structurele onderlinge communicatie over de vooruitgang van de patiënten (E Ben-Arye, 2007). Het is dus aannemelijk dat een transparante en structurele communicatie over patiënten tussen osteopaten en huisartsen een belangrijke rol speelt in de huidige verwijsgewoontes van huisartsen.

3.3 METHODE

3.3.1 TYPE ONDERZOEK

Naast het beantwoorden van de hoofdvraag heeft dit onderzoek als doel om osteopaten bewust te maken van de effecten van hun gedrag op huisartsen. Om dit doel te behalen, is het van belang om percepties en meningen van huisartsen te verzamelen. Er is dan ook gekozen voor een *mixed method study*. Om het aantal doorverwijzingen te kunnen relateren aan persoonlijke factoren en/of aan het belang dat huisartsen hechten aan *evidence based medicine*, wordt gebruikgemaakt van een kwantitatieve onderzoeksmethode. Daarnaast wordt kwantitatief onderzoek ingezet om de meningen van huisartsen over osteopathie te verzamelen en beschrijven. Door de keuze voor de mixed method study is het vervolgens mogelijk om de exploratieve doelstelling van het onderzoek te behalen met kwantitatieve variabelen (Greene, Caracelli, & Graham, 1989).

3.3.2 PROCEDURE

Voor dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van de openbare gegevens van www.ZorgKaartNederland.nl. In januari 2019 is middels www.ZorgKaartNederland.nl achterhaald hoeveel huisartsen werkzaam zijn in zeventien plaatsen in Zuid-Holland, namelijk Rotterdam, Den Haag, Zoetermeer, Gouda, Delft, Vlaardingen, Schiedam, Katwijk, Rijswijk, Voorburg, Barendrecht, Maassluis, Leidschendam, Pijnacker, 's-Gravenzande, Nootdorp en Maasland³. In totaal zijn 941 huisartsen gescreend.⁴

Om een valide steekproef te trekken (betrouwbaarheidsniveau van 95 % en een foutmarge van 5 %) op basis van een verwacht respondentenpercentage tussen 50 % (in plaatsen met meer dan 75.500 inwoners en/of 26 huisartsen) en 60 % (in plaatsen met minder dan 65.000 inwoners en/of <26 huisartsen) is in de periode tussen 16 januari 2019 en 28 juni 2019 contact opgenomen met 592 huisartsen. Zij zijn telefonisch benaderd om deel te nemen aan het onderzoek.⁵

Om de validiteit van de steekproef te garanderen, is rekening gehouden met het aantal inwoners en het aantal werkende huisartsen per plaats. Op basis hiervan zijn twee groepen gevormd. In groep A zijn 430 huisartsen geïnccludeerd. In groep B zijn 162 huisartsen geïnccludeerd. Groep A bestaat uit huisartsen die werken in plaatsen met meer dan 75.500 inwoners en/of meer dan 26 huisartsen. De huisartsen uit groep A zijn werkzaam in Rotterdam, Den Haag, Zoetermeer, Gouda, Delft, Vlaardingen, Schiedam.⁶ Groep B bestaat uit huisartsen

³ Tabel 1: Lijst van plaatsen met aantal inwoners en huisartsen

⁴ Tabel 2: Totaal aantal huisartsen gevestigd in de onderzochte plaatsen

⁵ Tabel 3: totaal aantal genodigden deelname onderzoek

⁶ Tabel 4: bepaling van de samenstelling groep A

die werkzaam zijn in Katwijk, Rijswijk, Voorburg, Barendrecht, Maassluis, Leidschendam, Pijnacker, 's-Gravenzande, Nootdorp en Maasland⁷.

Bij de groepsvorming is rekening gehouden met het totaal aantal huisartsen per plaats. Op basis van een afgeronde ratioberekening zijn vervolgens uitnodigingen per stad verstuurd. Hierbij is gestreefd naar een gelijk aantal vrouwelijke en mannelijke huisartsen per plaats. Met de leeftijd en het aantal jaar werkervaring van de genodigden is geen rekening gehouden.

Om de werving van de respondenten efficiënter te maken, is gebruikgemaakt van drie verschillende strategieën⁸ (protocol a, b en c). In de eerste twee fasen werden 198 huisartsen telefonisch benaderd. In de derde fase waren dit er 196.

In de eerste fase (16 januari 2019 tot en met 25 februari 2019) werd contact opgenomen met de huisartspraktijk en werd de assistent gesproken. In het gesprek werd het doel van het onderzoek beschreven. Ook werd een incentive aangeboden: onder de deelnemende praktijken werden drie taarten verloot. Deze incentive was bedoeld om de verwachte weerstand van de assistent te overwinnen. Indien de assistent geïnteresseerd was in participatie, werd gevraagd om het e-mailadres of het telefoonnummer van de huisartsen uit de praktijk. In deze eerste fase zijn de contactgegevens van 31 huisartsen verzameld.

In de tweede fase (26 februari 2019 tot en met 26 april 2019) werd opnieuw telefonisch contact opgenomen met de huisartsenpraktijken. In het keuzemenu is gekozen voor de optie intercollegiaal overleg. Zo was het mogelijk om direct contact met de huisartsen te leggen. Tijdens het gesprek werd het doel van het onderzoek beschreven. Tevens werd het belang hiervan benadrukt door aan te geven dat een betere samenwerking tussen de disciplines ten goede komt aan de patiënten. Indien de huisarts geïnteresseerd was in deelname, werd gevraagd om zijn eigen e-mailadres of telefoonnummer. In deze tweede fase zijn de contactgegevens van 53 huisartsen verzameld.

Voorafgaand aan de derde fase (2 mei tot en met 28 juni) is overlegd met collega's (osteopaten, studenten en kennissen). Vervolgens is telefonisch contact opgenomen met huisartsen die volgens de collega's potentieel geïnteresseerd waren in deelname aan het onderzoek. Via de optie intercollegiaal overleg is de huisarts direct benaderd. Tijdens het gesprek is de huisarts niet verteld dat hij genoemd was als potentiële respondent. Wel is een korte beschrijving van het doel van het onderzoek gegeven. Tevens is het belang hiervan benadrukt. Een betere samenwerking tussen de disciplines komt immers ten goede aan de

⁷ Tabel 5 bepaling van de samenstelling groep B

⁸ Bijlage I: uitnodiging protocollen

patiënten. Indien de arts geïnteresseerd was, is gevraagd om zijn e-mailadres of telefoonnummer. In de derde fase zijn de contactgegevens van 59 huisartsen verzameld.

Gedurende deze drie fase is een tweede screening uitgevoerd van de deelnemende huisartsen. Na de afsluiting van iedere fase is via e-mail of WhatsApp een enquête verstuurd⁹ naar de huisartsen die zich hadden opgegeven. De resultaten hiervan zijn anoniem opgeslagen in een database.

3.3.3 Onderzoeksgroepen

Op 1 juli 2019 hebben 81 respondenten (N=81) deelgenomen aan het onderzoek. Onder hen waren 28 mannen (N=28) en 52 vrouwen (N=52). Eén respondent uit groep B heeft geen antwoord gegeven op de geslachtsvraag. De gemiddelde leeftijd van alle respondenten is 44 jaar. De gemiddelde leeftijd van de mannelijke huisartsen is 51 jaar (afgerond). Bij de vrouwelijke huisartsen is dit 42 jaar (afgerond).

Van de mannelijke respondenten werkt 57 % 15 jaar of langer als huisarts. Bij de vrouwelijke huisartsen is geen duidelijke trend in het aantal jaar werkervaring. Er is sprake van een meer heterogene distributie over de leeftijdscategorieën.

In groep A hebben 38 (N=38) respondenten de enquête ingevuld, onder wie 11 mannen en 26 vrouwen. In groep B hebben 43 (N=43) respondenten de enquête ingevuld, onder wie 17 mannen en 25 vrouwen.

3.3.4 MEETINSTRUMENT

Om de data te verzamelen en te kwantificeren, is gebruikgemaakt van gestructureerde multiple-choicevragenlijsten met 28 vragen¹⁰. De kwalitatieve variabelen zijn onderzocht met open vragen.

De vragenlijst is verdeeld in vier delen: persoonlijke factoren; doorverwijzingsgewoontes ten aanzien van osteopathie; inzichten, attitude en behoeftes ten aanzien van osteopathie en wenselijke interactievormen met osteopathie.

In het eerste onderdeel van de vragenlijst, persoonlijke factoren, werd gevraagd naar geslacht, leeftijd, aantal jaar werkervaring, plaats van de praktijk, eventuele eerdere persoonlijke ervaringen met osteopathie en daarbij horende tevredenheid.

⁹ Bijlage II en III: e-mail/whatsapp uitnodiging fase 1,2 en 3

¹⁰ Bijlage VI: vragenlijst

In het tweede onderdeel, doorverwijzingsgewoontes, werd de huisartsen gevraagd hoe vaak zij per jaar zij een patiënt doorverwijzen naar de osteopaat, op welke manier de doorverwijzing eventueel heeft plaatsgevonden, bij welke doelgroep en bij welke klachten wordt doorverwezen.

In het derde onderdeel werd onderzocht in hoeverre de huisartsen inzicht hebben in osteopathie. Er werd nagegaan of zij op de hoogte waren van de laatste wetenschappelijke publicaties en of dit invloed had op de doorverwijzingsgewoonte naar een osteopaat. Daarnaast werd onderzocht of deze houding zou kunnen worden beïnvloed door in te spelen op bepaalde behoeften.

In het vierde onderdeel werd onderzocht of en op welke manier huisartsen graag in contact zouden willen komen of blijven met osteopathie.

3.3.5 TOTSTANDKOMING VAN HET MEETINSTRUMENT

Om de betrouwbaarheid van het meetinstrument te kunnen garanderen, is de vragenlijst in fasen ontwikkeld. Gedurende deze fasen stonden de toegankelijkheid, het taalgebruik en de specificiteit van het meetinstrument centraal.

Gedurende de eerste fase (18-11-2018) is de literatuur gescreend . Hiervoor werden PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) en Cochrane (www.cochranelibrary.com/advanced) geraadpleegd. Er is gezocht op de volgende MeSH-termen: 'osteopath' AND 'Gp' (general practitioner) AND 'referrall' AND (OF) 'questionnaire'. Tevens is gezocht op *Google Scholar*, NARCIS en andere *websites* voor osteopathie. Op basis van de artikelen die dit opleverde, is de vragenlijst opgesteld.¹¹ In de artikelen is geen modelvoorbeeld gevonden.

De tweede fase bevatte twee belangrijke momenten. Ten eerste is ruimte gemaakt voor een intercollegiaal overleg met twee fysiotherapeuten. Vervolgens is in een intercollegiaal overleg met twee osteopaten stilgestaan bij de specificiteit van de vragen.

In de derde fase is overlegd met een PhD'er in het Leids Medisch Centrum. Dit heeft geleid tot enige aanpassingen in de vragenlijst.¹²

In de vierde fase heeft een overleg over de inhoud van de vragenlijsten plaatsgevonden met drie huisartsen bij een huisartsenpraktijk in Maasland. Hierna werd de vragenlijst geüpload in

¹¹ Bijlage IV: MeSH termen en artikelen gescreend voor de totstandkoming van de vragenlijst

¹² Bijlage V: correcties eerste versie vragenlijst

Hoofdstuk 3 Onderzoekopzet

SurveyMonkey en verstuurd naar de mentor. Na goedkeuring werd deze naar de huisartsen verstuurd¹³.

¹³ Bijlage VI: definitieve vragenlijst

Hoofdstuk 4: Data en analyseplan

4.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk komen de procedures voor dataverzameling en data-analyse aan bod.

4.1.1 DATAVERZAMELING

Op 2 juli 2019 zijn de resultaten van de enquête vanuit *SurveyMonkey* anoniem geëxporteerd naar een Excelbestand. Deze resultaten zijn vervolgens ingevoerd in *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

4.2.2 PROCEDURE EN ANALYSE

De analyses van dit onderzoek zijn uitgevoerd met SPSS uitgevoerd. Tenzij anders vermeld in de resultaten is als significantieniveau 5 % aangehouden ($Sig \leq 0,05$).

In het eerste, tweede en vierde onderdeel van de enquête (met uitzondering van *item 2* van het eerste onderdeel) is het *level of measurement* 'nominaal' gemeten. Steeds zijn twee groepen met elkaar vergeleken. Vervolgens zijn de scores geanalyseerd en is de significantie bepaald. Hiervoor is gebruikgemaakt van de chikwadraattoets.

Het derde onderdeel van de enquête is gericht op de beschrijving van de laatste wetenschappelijke publicaties en de reactie van de huisartsen hierop. Het is niet mogelijk om de interne betrouwbaarheid van de vragen te testen met statistische instrumenten, zoals Cronbach's Alpha. Met een spiegeling van de *items* wordt er dan voor gezorgd dat de antwoorden allemaal op dezelfde manier worden gemeten. Deze aanpak vereist dat de items hetzelfde aspect van de onderzochte dimensie onderzoeken (Tilburg University, 2019). Het derde onderdeel van de enquête bevat echter verschillende vragen die verschillende aspecten van het onderzochte onderwerp belichten. Het *level of measurement* van het derde onderdeel van de vragenlijst is hoofdzakelijk ordinaal gemeten (wat maakt dat de metingen geclusterd kunnen worden), maar het is dus niet mogelijk om een *maat van interne correlatie* tussen de verschillende *items* te bepalen. De resultaten van het derde deel zijn daarom exploratief geobserveerd en beschreven. Voor de analyse van deze resultaten wordt gebruikgemaakt van *andere* statistiekinstrumenten (dan de chikwadraattoets) om de variabelen te beschrijven. Daar waar dit gebeurt, wordt steeds een korte uitleg van deze instrumenten gegeven.

Hoofdstuk 5: Resultaten

5.1 INLEIDING

In hoofdstuk 3 zijn het doel en de opzet van het onderzoek beschreven. Dit hoofdstuk bevat de onderzoekresultaten. In paragraaf 5.2 komt een overzicht van de resultaten aan bod. In paragraaf 5.2.1 en 5.2.1.1 staan de achtergrondgegevens van de respondenten centraal, zoals hun geslacht en plaats van de praktijk. In paragraaf 5.3 wordt de beleving van het huidige verwijsbeleid van de respondenten in kaart gebracht. Paragraaf 5.4 bevat een beschrijvende analyse aan de hand van de hypothesen.

5.2 OVERZICHT VAN DE RESULTATEN

Van de respondenten heeft 37 % ooit een patiënt naar een osteopaat doorverwezen. Eveneens 37 % van de respondenten heeft ooit een persoonlijke ervaring met osteopathie gehad. Van hen is 84 % hier volledig tevreden over.

In 61,5 % van de gevallen was het initiatief voor de doorverwijzing zowel afkomstig van de patiënt als van de huisarts. In 94 % van de gevallen heeft de doorverwijzing naar een osteopaat in de afgelopen 5 jaar plaatsgevonden.

Voor 53 % van de respondenten speelt evidentie *zeker* een rol bij de beslissing om een patiënt door te verwijzen. Echter, 75 % van de respondenten heeft aangegeven niet op de hoogte te zijn van de huidige beschikbare evidentie.

Volgens 33 % van de respondenten zou een transparantere informatie-uitwisseling over patiënten *zeker* leiden tot frequentere doorverwijzingen. Slechts 16,4 % van de respondenten heeft ooit een medische rapportage over een patiënt ontvangen van een osteopaat.

Van de respondenten maakt 23 % altijd gebruik van de Nederlands Huisartsen Genootschap (*NHG*) *standaarden* in zijn werk.

Volgens 65,4 % van de respondenten zou osteopathie *waarschijnlijk geen waarde toevoegen* aan het huidige verwijsbeleid. Daarentegen mist 38 % van de respondenten *soms* de keuze voor osteopathie in het huidige doorverwijzingsmodel.

78 % van de respondenten staat ervoor open om meer informatie over osteopathie te ontvangen. Daarnaast heeft 80 % aangegeven dat extra informatie over de beschikbare evidentie hun doorverwijzingsgewoontes naar osteopathie zou bevorderen.

Hoofdstuk 5 Resultaten

5.2.1 ANALYSE VAN DE ACHTERGRONDGEGEVENS

In de tabellen in deze paragraaf wordt de onderzoeksgroep opgesplitst naar sekse en de plaats waar de huisarts werkt. Met de chikwadraattoets zijn de verschillen achterhaald tussen de geobserveerde en verwachte frequentieverdeling. Tussen de mannelijke respondenten in groep A en B is geen significant verschil gevonden.

TABEL A: STAD VERSUS DORP MANNELIJKE RESPONDENTEN

	Observed N	Expected N	Residual
<65.500 en/of <26 Mannelijke huisartsen	17	14,0	3,0
>65.500 en/of >26 Mannelijke huisartsen	11	14,0	-3,0
Totaal	28		

Ook tussen de vrouwelijke respondenten in groep A en B is geen verschil gevonden, zo blijkt uit Tabel B.

TABEL B: STAD VERSUS DORP VROUWELIJKE RESPONDENTEN

	Observed N	Expected N	Residual
<65.500 en/of <26 Vrouwelijke huisartsen	25	25,5	0,5
>65.500 en/of >26 Vrouwelijke huisartsen	26	25,5	-0,5
Totaal	51		

Wel is in Tabel C een significant verschil te zien tussen het totaal aantal mannelijke en vrouwelijke respondenten.

Tabel c: mannen versus vrouwen

	Observed N	Expected N	Residual
Man	28	39,5	-11,5
Vrouw	51	39,5	11,5
Totaal	79		

Ook tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke respondenten in groep A is het verschil significant. Dit is weergegeven in Tabel D.

Hoofdstuk 5 Resultaten

TABEL D: GROEP A, MANNEN VERSUS VROUWEN

	Observed N	Expected N	Residual
Man	11	18,5	-7,5
Vrouw	26	18,5	7,5
Totaal	37		

Tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke respondenten in groep B is het verschil niet significant, zoals blijkt uit Tabel E.

TABEL E: GROEP B, MANNEN VERSUS VROUWEN

	Observed N	Expected N	Residual
Man	17	21	-4,0
Vrouw	25	21	4,0
Totaal	42		

Er is geen significant verschil tussen de respondenten in groep A en B. Dit is te zien in Tabel F.

TABEL F: STAD VERSUS DORP

	Observed N	Expected N	Residual
<65.500 en/of <26 huisartsen	43	40,5	2,5
>65.500 en/of >26 huisartsen	38	40,5	-2,5
Totaal	81		

5.2.1.1 SAMENVATTING GEGEVENS NAAR GESLACHT EN PLAATS

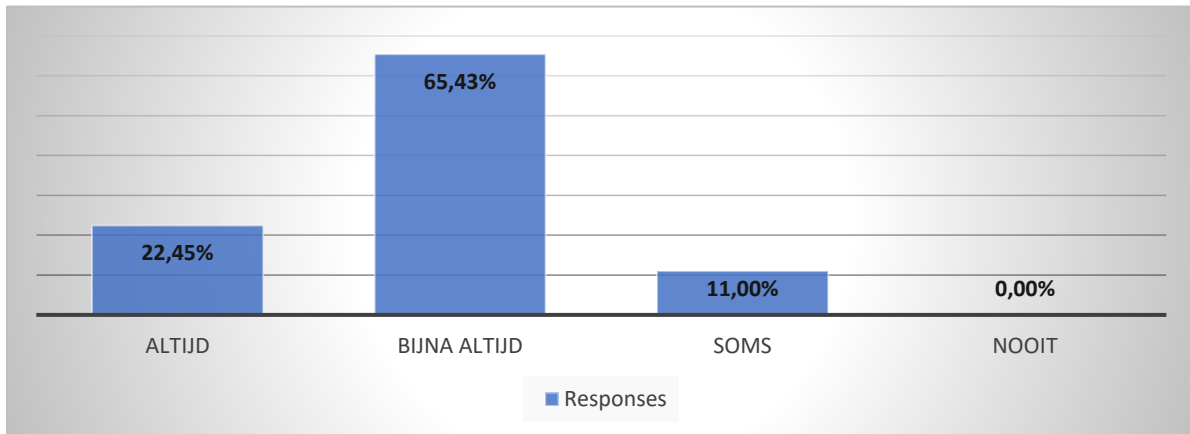
Uit een eerste analyse blijkt een significant verschil in de samenstelling van het geobserveerde. Vrouwen zijn meer gerepresenteerd, met name in groep A.

5.3 ACHTERGROND GEGEVENS: BELEVING VAN HET HUIDIGE VERWIJSBELEID EN INZICHT IN BESTAANDE EVIDENTIE

Alle respondenten maken bij het doorverwijzen gebruik van de NHG-standaarden. Ze doen dit wel in verschillende mate (*Grafiek a*).

De tevredenheid over deze standaarden is gemeten op een schaal van 1 tot en met 100 (1 = niet tevreden; 100 = volledig tevreden). De gemiddelde score is 70,5. De laagste score is 38

en de hoogste 100.¹⁴ Volgens 92,5% van de respondenten wordt osteopathie in de NHG standaarden niet genoemd.¹⁵



GRAFIEK A: MATE WAARIN HUISARTSEN GEBRUIK MAKEN VAN DE NHG-STANDAARDEN

Van de niet-verwijzende artsen mist een geringe minderheid de keuze naar osteopathie in enige mate. In de groep die patiënten wel doorverwijst naar een osteopaat, wordt deze optie veel vaker gemist.^{16,17,18,19} In de groep van niet-verwijzende artsen bestaat geen eenduidigheid over een eventuele toegevoegde waarde van osteopathie aan het huidige verwijsbeleid.^{20,21,22}

In dit onderzoek is aandacht besteed aan de meningen over de kwaliteit van de bestaande evidentie en over de sterkte van de aanbevelingen uit deze evidentie.²³ Dit heeft geleid tot interessante resultaten. Met de functies *select cases* en *if condition is satisfied* zijn in SPSS de huisartsen geselecteerd die voldoen aan de volgende voorwaarden:

- 1) nooit een patiënt doorverwezen naar een osteopaat;
- 2) de evidentie *zeker of heel waarschijnlijk* speelt hierbij een rol.

Vervolgens is hiervan een frequentieanalyse gemaakt. Deze heeft geleid tot de onderstaande resultaten.

¹⁴ Tabel 6: tevredenheid NGH-standaarden

¹⁵ Grafiek 1: wordt osteopathie in de NHG-standaarden benoemd?

¹⁶ Grafiek 2a: mist u in het huidige doorverwijsbeleid de keuze naar osteopathie?(niet verwijzende artsen)

¹⁷ Grafiek 2b: mist u in het huidige doorverwijsbeleid de keuze naar osteopathie?(verwijzende artsen)

¹⁸ Tabel 7a: mist u in het huidige doorverwijsbeleid de keuze naar osteopathie?(niet verwijzende artsen)

¹⁹ Tabel 7b: mist u in het huidige doorverwijsbeleid de keuze naar osteopathie? (verwijzende artsen)

²⁰ Grafiek 3: zou osteopathie een toegevoegde waarde kunnen hebben in het huidige verwijsbeleid?

²¹ Tabel 8a: frequentie analyse, mogelijk rol osteopathie in het huidige verwijsbeleid

²² Tabel 8b: statistiek, spreiding van de frequentie analyse, mogelijk rol osteopathie in het huidige verwijsbeleid

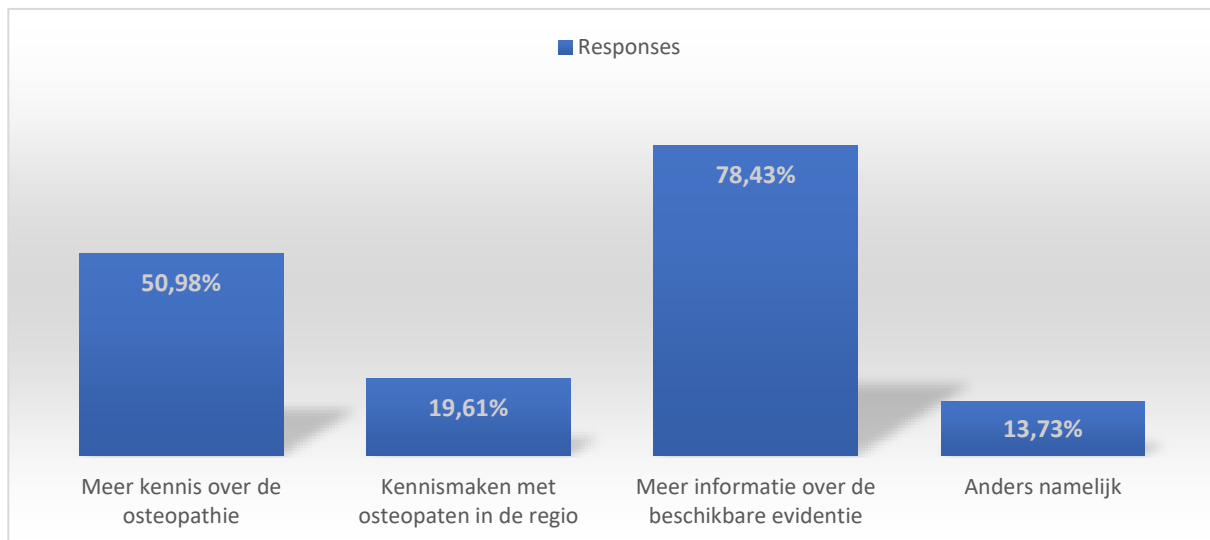
²³ Tabel 9: belang evidentie bij verwijzende en niet verwijzende huisartsen

Van deze groep is 97,9 % (47) niet op de hoogte van de bestaande evidentie over het effect van osteopathische behandelingen bij het prikkelbaredarmsyndroom, migraine en rugklachten. 2,1 % (1) heeft deze vraag niet beantwoord.²⁴

83,3 % heeft geen mening over de kwaliteit van de evidentie of weet niet of deze toereikend is (respectievelijk 20,8 % en 62,5 %). 12,5 % van deze groep vindt de kwaliteit van de huidige studie ontoereikend.²⁵ (Opvallend is dat 0 % van de artsen in deze groep bekend is met de beschikbare evidentie).

93,8 % van deze groep heeft aangegeven niets te weten over de sterkte van de aanbevelingen uit de huidige studie. Drie respondenten hebben respectievelijk aangegeven dat de sterkte van deze studie matig, slecht en zeer slecht is.²⁶

Wanneer de groep niet-verwijzende artsen wordt geselecteerd en gecorreleerd met *item* 26 (wat is er voor u nodig om er (vaker) voor te kiezen om door te verwijzen naar een osteopaat?), blijkt dat 78,98 % van de respondenten van mening is dat meer informatie over de beschikbare literatuur hun huidige verwijsbeleid positief kan beïnvloeden²⁷ (Grafiek b).



GRAFIEK B: WAT IS ER VOOR DE HUISARTS NODIG OM VAKER DOOR TE VERWIJZEN?

²⁴ Tabel 10: inzicht wetenschappelijke evidentie bij huisartsen

²⁵ Tabel 11: mening over kwaliteit van de evidentie

²⁶ Tabel 12: mening over sterkte van de aanbevelingen

²⁷ Tabel 13: wat is er voor de huisarts nodig om vaker door te verwijzen?

5.4 ANTWOORDEN OP HYPOTHESEN

5.4.1 HYPOTHESE 1

Het is aannemelijk dat vrouwelijke huisartsen als deel van de groep 'hoogopgeleide vrouwen' eerder geneigd zijn om hun patiënten door te verwijzen naar een osteopaat dan hun mannelijke collega's en dat vrouwelijke huisartsen een hogere doorverwijzingsgraad hebben naar de alternatieve geneeswijzen dan mannelijke huisartsen.

Uit de chikwadraattoets blijkt dat vrouwen en doorverwijzingen naar osteopathie afhankelijke factoren zijn, $X^2(1) = 5,420$, $p < 0.02$. Dit lijkt erop te wijzen dat het doorverwijzingsgedrag van mannelijke en vrouwelijke huisartsen verschilt. Hierbij is X^2 de teststatistiek, 1 is het aantal vrijheidsgraden (df) en p is de p-waarde.²⁸

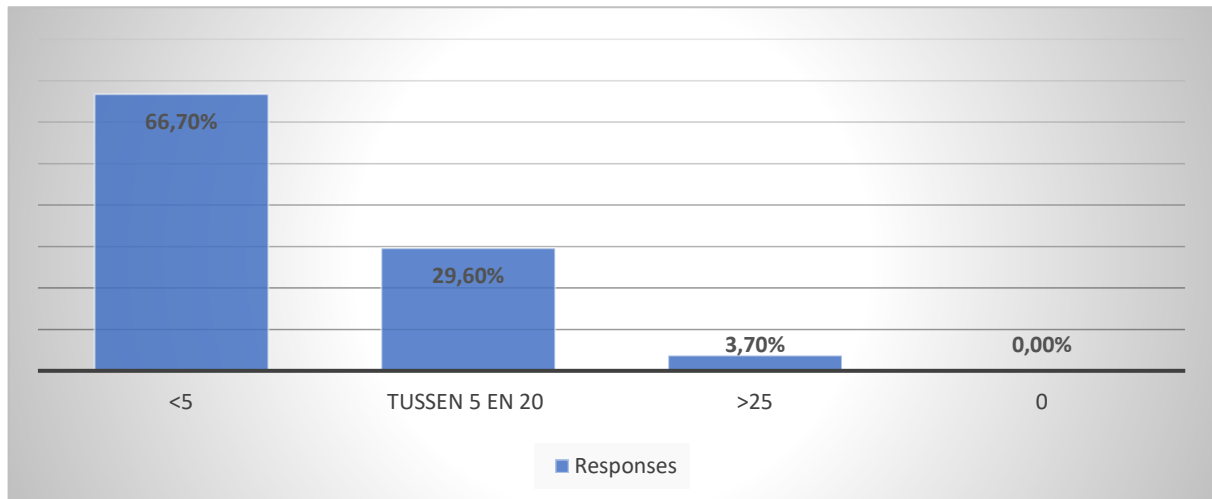
Van alle respondenten heeft 34 % aangegeven ooit een patiënt te hebben doorverwezen naar een osteopaat. Van alle vrouwelijke respondenten heeft 44 % ooit een patiënt naar een osteopaat doorverwezen. Van de mannelijke respondenten heeft slechts 17,9 % ooit een osteopathisch consult geadviseerd.²⁹

Van de verwijzende artsen verwijst 66,7 % minder dan 5 patiënten per jaar door naar een osteopaat. 3,7% van de verwijzende artsen verwijst meer dan 25 patiënten op jaarbasis door³⁰ (Grafiek c).

²⁸ Tabel 14a: statistiek, doorverwijzing, mannen vs vrouwen

²⁹ Tabel 14b: doorverwijzing, mannen vs vrouwen

³⁰ Tabel 15a frequentie doorverwijzingen op jaarbasis



GRAFIEK C: FREQUENTIE DOORVERWIJZINGEN OP JAARBASIS

Opvallend is dat in de groep verwijzers het aantal vrouwelijke huisartsen een positieve correlatie lijkt te hebben met het aantal doorverwijzingen per jaar. Gezien de omvang van de steekproef is deze bevinding echter statistisch niet significant.³¹

Tevens is uit het onderzoek gebleken dat sprake was van een vrouwelijke huisarts wanneer het initiatief om door te verwijzen uitsluitend van de arts is gekomen. Bij mannelijke verwijzers kwam het initiatief om een naar een osteopaat door te verwijzen voort uit een overleg met de patiënt of uit de patiënt zelf. Ook in dit geval kan echter geen conclusie worden getrokken, omdat de steekproef niet significant is.³²

³¹ Tabel 15b: frequentie doorverwijzingen op jaarbasis mannen vs vrouwen

³² Tabel 16: Initiatief om door te verwijzen

5.4.2 HYPOTHESE 2

Het is aannemelijk dat bij een persoonlijke directe of indirecte positieve ervaring met een osteopaat, een (vrouwelijke) huisarts sneller geneigd is om een osteopathisch consult te adviseren. Om een correcte analyse uit te voeren zijn, alle huisartsen geselecteerd die *tevreden* of *deels tevreden* zijn over hun eerdere persoonlijke ervaringen met osteopathie. Geen enkele respondent heeft aangegeven ontevreden te zijn over een persoonlijk ervaring met osteopathie.

Uit de chikwadraattoets blijkt een afhankelijk verband tussen de persoonlijke ervaring van de huisarts met osteopathie en de doorverwijzing naar osteopathie: $X^2(1) = 7,000$ $p < 0.008$. Dit lijkt te duiden op een verschil in het doorverwijzingsgedrag van huisartsen die een persoonlijke ervaring met osteopathie hebben gehad en diegenen die deze ervaring niet hebben. Hierbij is X^2 de teststatistiek, 1 is het aantal vrijheidsgraden (df) en p is de p-waarde. De groep huisartsen die eerder een positieve persoonlijke ervaring heeft gehad, lijkt positief te correleren met een doorverwijzing naar de osteopaat.^{33,34,35,36}

³³ Tabel 17a: persoonlijke ervaring met een osteopaat

³⁴ Tabel 17b: tevredenheid na contact met een osteopaat

³⁵ Tabel 17c: statistiek, persoonlijke ervaring en doorverwijzen

³⁶ Tabel 17d: persoonlijke ervaring en doorverwijzen

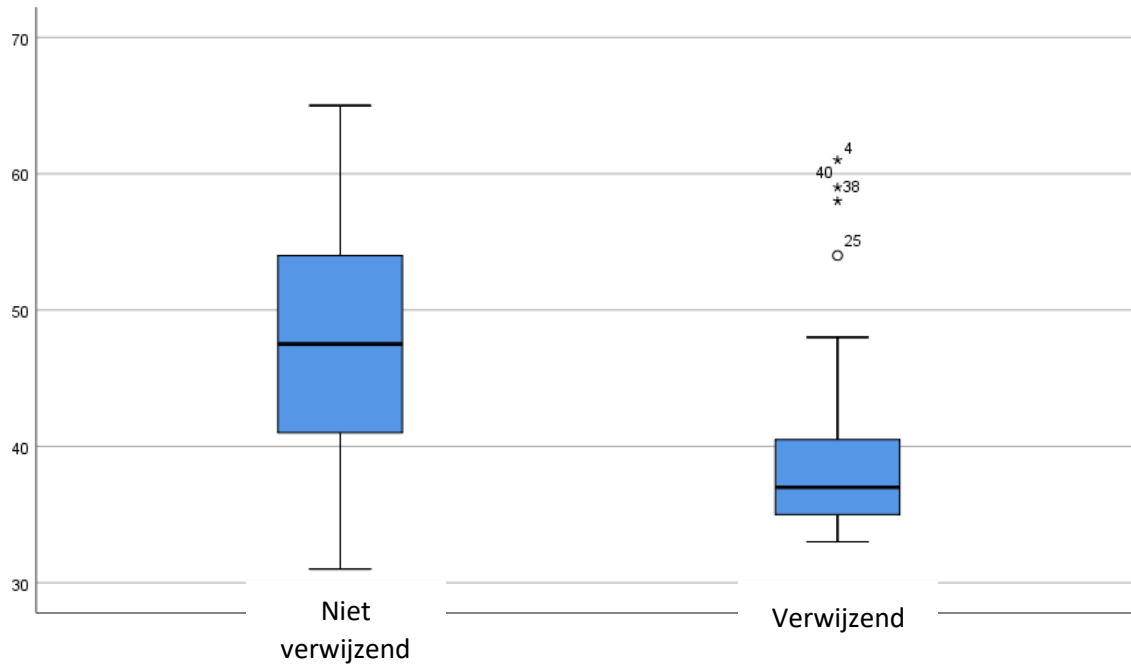
5.4.3 HYPOTHESE 3

Het is aannemelijk dat jonge huisartsen eerder doorverwijzen naar een osteopaat dan hun oudere collega's. Hun academische vorming heeft namelijk overlapt met de recente opkomst van de osteopathie.

Om een statistische waarde te kunnen geven aan de uitkomsten van deze stelling, is onder andere gebruikgemaakt van de kurtosis als statistisch instrument. Hiermee wordt nagegaan of de verdeling van een bepaald kenmerk in een groep een scherpe top heeft of dat deze verdeling vlak is. Wanneer sprake is van een normaalverdeling, dan heeft de kurtosis een waarde van 0. Een negatieve uitkomst wijst op een vlakke verdeling. Een positieve uitkomst is te zien als een scherpe, meer gepiekte verdeling dan de normaalverdeling. De kurtosis is statistisch te toetsen. Vervolgens kan aangegeven worden of de gevonden verdeling afwijkt van de normaalverdeling. Deze stap is echter niet gebruikelijk, omdat de uitkomst geen of nauwelijks consequenties heeft voor de analyses die worden uitgevoerd met de geteste variabele (Zee, 2017). In dit onderzoek wordt kurtosis gebruikt ter beschrijving van het kenmerk 'doorverwijzingsgewoontes naar osteopathie' in de groep 'huisartsen'. Specifiek wordt de verdeling per leeftijdscategorie achterhaald. Hiertoe zijn twee groepen gemaakt: huisartsen die ooit een patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen en huisartsen die nooit een patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen. Vervolgens is gekeken naar het gemiddelde, de mediaan en de modus van de leeftijd in de twee groepen. Tevens is de waarde van de kurtosis in kaart gebracht om de distributie van het kenmerk ten opzichte van de leeftijd te bepalen. In Grafiek d worden deze bevindingen schematisch weergegeven. De grafiek heeft de vorm van frequentieanalyse in een *stem-and-leafdiagram*.^{37,38}

³⁷ Tabel 18a: stem & leaf plot niet doorverwijzen

³⁸ Tabel 18b: stem & leaf plot doorverwijzen



GRAFIEK D: DOORVEWIJZEN VERSUS LEEFTIJD

De groep die nooit een patiënt naar een osteopaat heeft doorverwezen bestaat uit 50 respondenten.³⁹ De gemiddelde leeftijd van deze groep is 47 jaar, de mediaan is 47,5 jaar en de modus is 50 jaar ($F=11$). De kurtosis in deze groep is $K=-0,9$. Dit betekent dat de distributie van het kenmerk vrijwel afgevlakt is. Er is dus geen scherpe top voor dit kenmerk te vinden in deze groep. De leeftijd van de respondenten varieert van 31 tot 65 jaar.

De groep die een patiënt ooit naar een osteopaat heeft doorverwezen bestaat uit 27 respondenten. De gemiddelde leeftijd van deze groep is 40,4 jaar. De mediaan is 37 jaar en de modus is 34 jaar ($F=7$). De kurtosis in deze groep is $K=1,4$. Dit betekent dat de distributie van het kenmerk in deze groep een duidelijke top heeft. De doorverwijzingsgewoontes zijn dus geconcentreerd per leeftijdscategorie (met name tussen 37 en 42 jaar). De leeftijd van de respondenten varieert van 33 tot 61 jaar. Vier respondenten zijn ouder dan 54 jaar, wat maakt dat de gemiddelde leeftijd significant hoger is dan de mediaan van de leeftijd. De statistische gegevens van de twee groepen worden in de tabellijst samengevat.⁴⁰

Uit een observationele analyse blijkt een significant verschil tussen de twee geobserveerde groepen. De geobserveerde huisartsen die ooit een patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen, zijn vaak jonger dan 50 jaar en nog vaker jonger dan 40 jaar (als naar de mediaan en kurtosis wordt gekeken). Gezien het aantal respondenten mag er geen uitspraak gedaan worden over de distributie van de doorverwijzingsgewoontes per leeftijd en per geslacht. Het is wel interessant te benoemen dat wanneer alleen de vrouwelijke verwijzers

³⁹ Tabel 19: ooit doorverwezen?

⁴⁰ Tabel 20: statistiek, frequentie analyse

Hoofdstuk 5 Resultaten

(N=22) worden geïnccludeerd in de analyse, zowel de gemiddelde leeftijd van de groep (naar 39 jaar) als (in mindere mate) de mediaan (36,5 jaar) daalt, terwijl de kurtosis duidelijk toeneemt⁴¹ (K= 4,5). De huisartsen die nooit een patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen zijn daarentegen vaak 50 jaar of ouder.

⁴¹ Tabel 21: descriptief alleen vrouwen

5.4.4 HYPOTHESE 4

Het is aannemelijk dat (jonge)huisartsen voornamelijk de laatste 5 jaar hebben doorverwezen naar een osteopaat.

Om te achterhalen *wanneer* sprake is geweest van een doorverwijzing naar een osteopaat, is gebruikgemaakt van een *chikwadraatanalyse*. Om de analyse te vergemakkelijken, zijn de antwoorden van *item* 10 geclusterd tot vier opties. In de analyse is gekeken naar de omvang van de groepen die zich kenmerken door de keuze voor een van de drie gegeven opties. Middels de SPSS-functies *select cases* en *if condition is satisfied* is de groep huisartsen geselecteerd die ooit een patiënt naar een osteopaat heeft doorverwezen. Daarna zijn een *non parametric test* en een chikwadraattoets toegepast om te bepalen of de omvang van de groepen significant verschilt.⁴²

Er is een significant verschil gevonden in de omvang van de drie groepen: $X^2(4)=28,429$, $p<05$.⁴³ De frequentie van de antwoorden van de respondenten concentreert zich (92,6 %) in de eerste twee opties.

Om de correlatie tussen het aantal jaar werkervaring van de respondenten en hun verwijzingsgewoonte naar osteopathie te beschrijven, is gebruikgemaakt van een *cross-tabulation*-vergelijking. Hiertoe zijn twee groepen gevormd: de artsen die ooit een patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen en de artsen die nooit een patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen.

Hoewel sprake is van een significant verschil in de omvang van de twee groepen ($X^2(3)=18,275$, $p<05$ ⁴⁴), is het opvallend dat het grootse gedeelte van de groep die ooit minstens één patiënt naar een osteopaat heeft doorverwezen een werkervaring tussen de 5 en 10 jaar heeft. Wanneer wordt gekeken naar de respondenten die tussen de 5 en 10 jaar werkzaam zijn, is te zien dat de groep die patiënten heeft doorverwezen naar een osteopaat drie keer groter is dan de groep die nooit een patiënt naar een osteopaat heeft doorverwezen. In deze werkervaringscategorie is dus sprake van een omgekeerde trend.⁴⁵

⁴² Tabel 22a: wanneer heeft de doorverwijzing plaatsgevonden?

⁴³ Tabel 22b: statistiek wanneer heeft de doorverwijzing plaatsgevonden?

⁴⁴ Tabel 23: statistiek, wel of niet doorverwijzen vs ervaring

⁴⁵ Tabel 24: wel of niet doorverwijzen vs ervaring

5.4.5 HYPOTHESE 5

Het valt te verwachten dat huisartsen uit grotere steden (zeker als er een universiteit is) een hoger doorverwijzingspercentage hebben dan degenen die gevestigd zijn in kleinere steden of dorpen.

Om de resultaten voor deze hypothese te analyseren, zijn de respondenten verdeeld in twee groepen: huisartsen gevestigd in plaatsen met meer dan 65.500 inwoners en/of >26 huisartsen (groep A) en huisartsen die niet aan deze voorwaarde voldeden (groep B). Daarnaast zijn de respondenten verdeeld in *huisartsen die ooit een patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen* (groep 1) en *huisartsen die nooit een patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen* (groep 2). Groep A en B zijn vergeleken met groep 1 en 2.⁴⁶ Uit de beschrijvende statistieken bleek een verschil in de omvang van de groepen A en B. Dit is niet significant. De p-waarde (.076) is namelijk groter dan $\alpha = .05$. De hypothese kan dus op basis hiervan niet verworpen worden.

Wanneer met de functies *select case* en *if condition is satisfied* alleen de verwijzende artsen worden geselecteerd (groep 1), blijkt de omvang van de groepen A en B echter wel significant te verschillen: $X^2(1)=3,571$, $p=(.05)$. Uit de chikwadraattoets blijkt dat de huisartsen uit groep B sneller doorverwijzen naar een osteopaat. Als uitsluitend naar groep 1 wordt gekeken, kan de gestelde hypothese dus niet verworpen worden (Tabel g).

TABEL G: DOORVERWIJZEN STAD VERSUS DORP

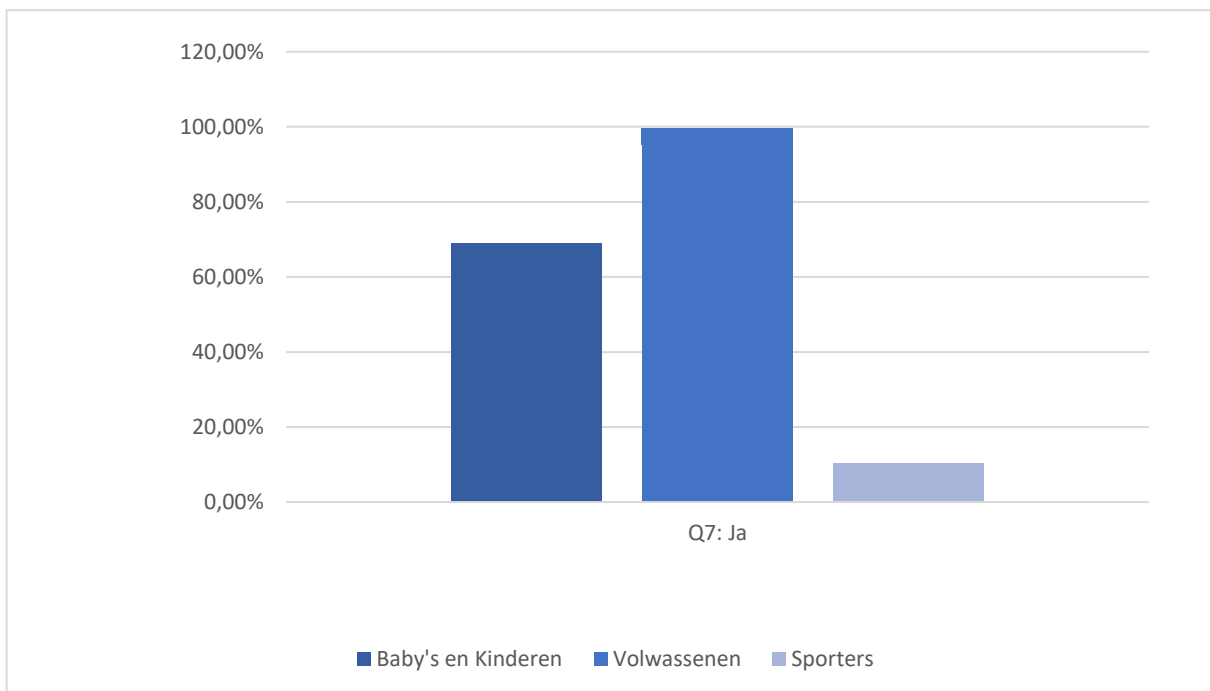
	Observed N	Expected N	Residual
>65.500 en/of >26 huisartsen	8	13,5	-5,5
<65.500 en/of <26 huisartsen	19	13,5	5,5
Totaal	27		

⁴⁶ Tabel 25: Doorverwijzen vs plaats

5.4.6 HYPOTHESE 6

Het is aannemelijk dat huisartsen osteopathische behandelingen met name adviseren voor baby's, volwassenen en sporters. Daarnaast wordt verwacht dat met name wordt doorverwezen bij het prikkelbaredarmsyndroom, lagerugklachten en migraine.

Om deze hypothese te onderzoeken, zijn gerichte vragen gesteld aan de respondenten. Deze zijn terug te vinden bij *item* 12 en 13. Op elke vraag mochten de respondenten meerdere antwoorden geven. Dit maakt dat percentages voorkomen die groter zijn dan 100.



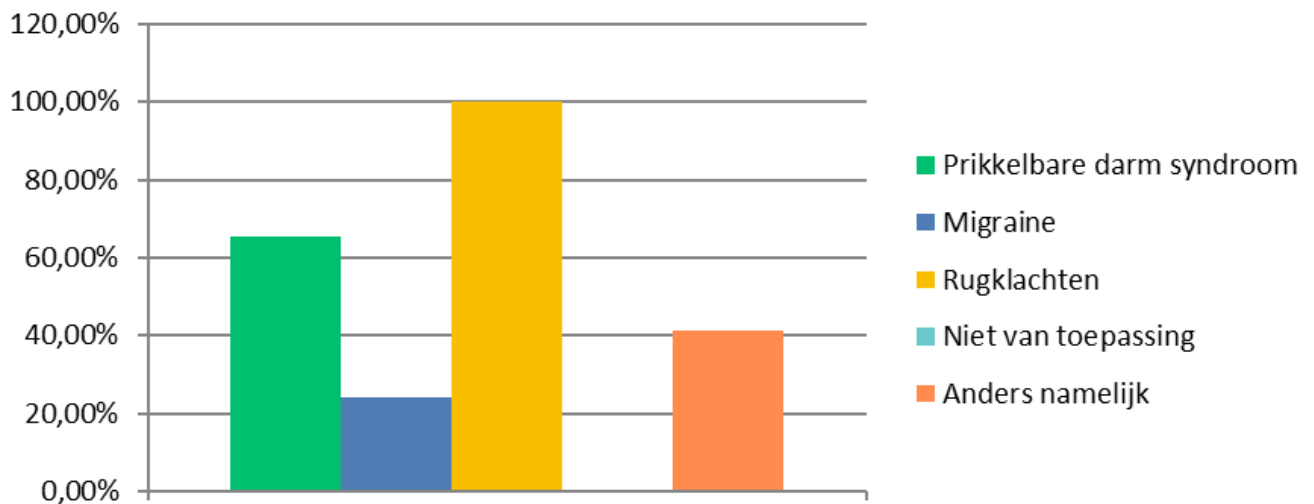
GRAFIEK E: DOELGROEPEN

Eerst is onderzocht welke doelgroep de huisartsen het meest naar een osteopaat doorverwijzen. Van de verwijzende huisartsen heeft 100 % ooit een volwassen patiënt naar een osteopaat doorverwezen. In 10 % van de gevallen was dit een sporter. 71,4 % van de verwijzende artsen heeft ook baby's of kinderen naar een osteopaat doorverwezen (Grafiek e).

Alle verwijzende artsen (100 %) hebben patiënten met rugklachten naar een osteopaat doorverwezen. 67 % van deze groep heeft ook een osteopathisch consult geadviseerd aan patiënten die lijden aan prikkelbaredarmsyndroom. Een kwart van de verwijzende artsen (25 %) heeft patiënten geadviseerd om een osteopaat te bezoeken in verband met migrainegerelateerde klachten (Grafiek f). Bij *item* 13 konden de artsen kiezen voor de optie 'anders, namelijk' om aan te geven waarom zij een patiënt hebben doorgestuurd naar een osteopaat. Van de verwijzende artsen heeft 42 % voor dit antwoord gekozen. Van hen heeft

75 % (N=9) *huilbaby's* ingevuld (in het bijzonder in het geval van een complexe partus, moeilijk drinkende zuigelingen en refluxproblematieken). 16 % (N=2) heeft schouderklachten geantwoord en 8 % (N=1) blessure bij sporters.

Gezien het *level of measurement* van de variabele bij *item* 12 en 13 categorical nominal is, kan in de betrouwbaarheidsanalyse geen gebruik worden gemaakt van Cronbach's Alpha (Kreulen, 2019). Desondanks blijkt een zekere mate van coherentie wanneer de antwoorden op *item* 12 en 13 vergeleken worden.



GRAFIEK F: BIJ WELKE KLACHTEN WORDEN PATIËNTEN DOORVERWEZEN

Met betrekking tot de meningen van de artsen die een patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen, zijn de volgende resultaten gevonden: 3,7 % van de huisartsen vindt dat de evidentie geen rol speelt in het huidige verwijsbeleid naar osteopathie, terwijl de resterende 96,3 % vindt dat het ten minste waarschijnlijk is dat de evidentie een rol speelt.⁴⁷

Van de verwijzende artsen vindt 3,7 % de kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie bovendien toereikend, terwijl 7,5% van de geselecteerde groep artsen vindt dat de kwaliteit van de beschikbare evidentie niet toereikend is. 51,8 % vindt de kwaliteit van de beschikbare evidentie gedeeltelijk toereikend. 37 % van de verwijzers is onbekend met de evidentie en heeft hier geen mening over.⁴⁸

Van de verwijzende artsen heeft 59,25 % een positief oordeel over de sterkte van de aanbevelingen uit de beschikbare evidentie (44,4 % vindt deze matig, 11,11 % goed en 3,7 %

⁴⁷ Tabel 26: rol van wetenschappelijke evidentie

⁴⁸ Tabel 27: mening over de kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie

Hoofdstuk 5 Resultaten

zeer goed). 3,7 % van de verwijzende artsen vindt de sterkte van de aanbevelingen slecht en 35 % heeft hier geen mening over.⁴⁹

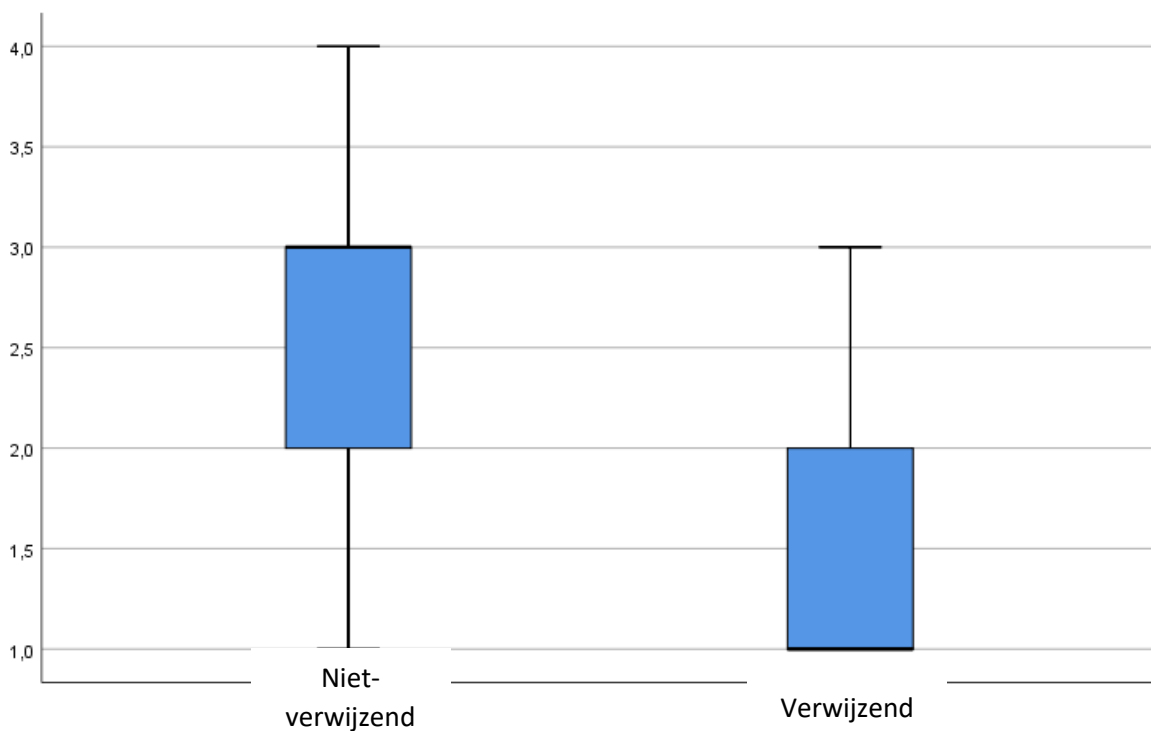
⁴⁹ Tabel 28: mening over de sterkte van de aanbevelingen

5.4.7 HYPOTHESE 7

Het is aannemelijk dat een transparante en structurele communicatie over patiënten tussen osteopaten en huisartsen een belangrijke rol speelt in de huidige verwijsgewoontes van huisartsen.

Met een frequentieanalyse is het mogelijk om de huidige communicatie tussen osteopaten en huisartsen in kaart te brengen.⁵⁰ Wanneer wordt gekeken naar de huisartsen die ten minste één patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen, blijkt dat meer dan de helft hiervan (55,5 %) nooit een terugkoppeling over de behandeling heeft ontvangen van de osteopaat. Bij de groep van huisartsen die nooit een patiënt naar een osteopaat heeft doorverwezen, daalt dit percentage naar minder dan een derde (27,5 %).

Het *level of measurement* van de variabele bij *item 16* is categorical ordinal. Dit betekent dat de antwoorden geclusterd kunnen worden. Het spectrum van de mogelijke antwoorden kan gecodeerd worden als een schaal (1 tot en met 4). Deze schaal correleert met de totaliteit van de respondenten. Om een dichotome kansvariabele te vormen, zijn de respondenten verdeeld in twee groepen: 'verwijzend' en 'niet-verwijzend' naar osteopathie. Middels deze methode is het mogelijk om het verschil van het *niveau van belang* (van de communicatiefactor) in het doorverwijzen te bepalen. Tevens kunnen de twee groepen vergeleken worden. De codering van de schaal is als volgt: 1 = zeker, 2= heel waarschijnlijk, 3= waarschijnlijk, 4 = nee.



GRAFIEK G: NIVEAU VAN BELANG COMMUNICATIE

⁵⁰ Tabel 29: intercollegiale communicatie

In Grafiek g is de dichotome kansvariabele weergegeven. Op basis van een vergelijkingsanalyse tussen deze schaal en deze dichotome kansvariabele blijkt dat een meer transparante uitwisseling van informatie bij geen van de respondenten geen positieve invloed op het huidige doorverwijzingsbeleid zou kunnen hebben. Met andere woorden: alle respondenten zijn het ermee eens dat een betere communicatie het verwijzingsproces naar osteopathie zou kunnen bevorderen.

Wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde score, naar de mediaan van de schaal en naar het verschil in waarde van de kurtosis, de mediaan is 47,5 jaar en de modus is 50 jaar ($F=11$). De kurtosis in deze groep is $K=-0,9$. Dit betekent dat de distributie van het kenmerk vrijwel afgevlakt is. Er is dus geen scherpe top voor dit kenmerk te vinden in deze groep. De leeftijd van de respondenten varieert van 31 tot 65 jaar.

Er blijkt een significant verschil tussen de twee groepen. Het *niveau van belang* speelt bij de verwijzende artsen een grotere rol in het doorverwijzingsproces (Tabel g).

Hoofdstuk 5 Resultaten

TABEL G: STATISTIEK NIVEAU VAN BELANG COMMUNICATIE

Zou een meer transparante uitwisseling van informatie over patiënten (bijv. bij het eerste consult en bij het eindconsult) voor u invloed kunnen hebben in het wel of niet doorverwijzen naar een osteopaat?	Nee	Mean	2,53	,126	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,28	
			Upper Bound	2,78	
		5% Trimmed Mean	2,53		
		Median	3,00		
		Variance	,814		
		Std. Deviation	,902		
		Minimum	1		
		Maximum	4		
		Range	3		
		Interquartile Range	1		
		Skewness	-,091	,333	
		Kurtosis	-,693	,656	
		Ja	Mean	1,36	,117
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,12
				Upper Bound	1,60
			5% Trimmed Mean	1,29	
			Median	1,00	
			Variance	,386	
			Std. Deviation	,621	
			Minimum	1	
			Maximum	3	
Range	2				
Interquartile Range	1				
Skewness	1,587		,441		
Kurtosis	1,573		,858		

Hoofdstuk 6: Conclusie, discussie en aanbevelingen

6.1 INLEIDING

Met dit onderzoek is getracht de factoren in kaart te brengen die een rol spelen bij het doorverwijzingsbeleid van huisartsen naar osteopaten. De doelstelling van het onderzoek is de huidige doorverwijzingsgewoonten en de motivatie hiervan te bestuderen.

In dit hoofdstuk worden eerst de bevindingen toegelicht die een antwoord bieden op de onderzoeksvraag (paragraaf 6.2). In paragraaf 6.3 komen de eventuele verschillen tussen de oorspronkelijke verwachtingen en de resultaten aan bod, evenals de verklaringen hiervoor. In paragraaf 6.4 wordt het onderzoek geëvalueerd door de sterke kanten en de tekortkomingen te beschrijven. Tevens worden hier aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvattende conclusie in paragraaf 6.5

6.2 CONCLUSIES MET BETREKKING TOT DE ONDERZOEKSVRAGEN

Voor de beantwoording van de primaire onderzoeksvraag en de bijbehorende deelvragen is uitsluitend gebruikgemaakt van de enquêteresultaten.

6.2.1 PRIMAIRE VRAAGSTELLING

In hoeverre hebben geslacht, leeftijd, aantal jaar werkervaring van de huisarts, plaats van de praktijk, doelgroep en aangetoond wetenschappelijk bewijs bij bepaalde klachten een invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?

In het huidige beleid dat huisartsen voeren met betrekking tot verwijzingen naar een osteopaat ontbreekt eenduidigheid. Wel blijkt uit dit onderzoek dat zowel persoonlijke factoren als wetenschappelijke principiële overtuigingen een grote rol spelen in doorverwijzingen naar osteopathie.

Huisartsen zijn over het algemeen kritisch over osteopathie en hebben de neiging om niet te geloven in het effect hiervan. Dit scepticisme wordt vooral ondersteund door onwetendheid over de laatste (internationale) wetenschappelijke bewijzen voor osteopathie. Deze groep huisartsen heeft geen mening over de kwaliteit van de osteopathische studies en de sterkte van de aanbevelingen (uit deze studie). De meeste artsen hechten waarde aan wetenschappelijke onderbouwing in hun *decision making process*. Desondanks zijn de meeste artsen niet bekend met wetenschappelijke publicaties over het effect van osteopathie op

rugklachten, PDS en migraine. Tevens beïnvloeden andere factoren het huidige verwijsbeleid, zoals onvoldoende zichtbaarheid en een gebrek aan interdisciplinaire communicatie. In de volgende subparagrafen wordt ingegaan op de deelvragen.

6.2.2 DEELVRAAG 1

Heeft het geslacht van de huisarts invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?

Het geslacht van de huisarts heeft inderdaad invloed op de kans op een doorverwijzing. Hoewel is geprobeerd om een zo gelijk mogelijk aantal mannen en vrouwen op te nemen in het onderzoek, is het aantal vrouwelijke respondenten bijna twee keer groter dan het aantal mannelijke respondenten. Hiermee is aangetoond dat vrouwelijke huisartsen eerder bereid zijn tot deelname aan dit onderzoek. Tevens lijken vrouwelijke huisartsen (op jaarbasis) eerder geneigd te zijn om patiënten door te verwijzen naar een osteopaat. De steekproef is echter niet representatief genoeg om dit vast te kunnen stellen.

Een eerdere positieve, persoonlijke ervaring met osteopathie speelt ook een rol in de keuze van de huisarts om een patiënt door te verwijzen naar een osteopaat. Twee derde van de huisartsen die een positieve, persoonlijke ervaring met een osteopaat hebben, verwijst zijn patiënten door naar een osteopaat.⁵¹ Uit dit onderzoek kan niet geconcludeerd worden of een eerdere persoonlijke ervaring een bepalende factor is in het verschil tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen in hun doorverwijzingsgewoonte. De percentages mannelijke en vrouwelijke huisartsen die een positieve ervaring met een osteopaat hebben gehad, komen namelijk overeen.⁵²

De neiging om patiënten naar een osteopaat door te verwijzen, correleert positief met een eerdere persoonlijke ervaring met een osteopaat. Dit is het geval bij zowel vrouwelijke als bij mannelijke huisartsen.

Uit de (geringe) onderzoeksgegevens kan afgeleid worden dat wanneer geen sprake is van een eerdere persoonlijke ervaring met osteopathie, vrouwelijke huisartsen (in vergelijking met hun mannelijke collega's) sneller geneigd zijn om hun patiënten door te verwijzen naar een osteopaat.^{53,54}

⁵¹ Tabel 30: eerder positieve persoonlijke ervaring vs doorverwijzen

⁵² Tabel 17a: persoonlijke ervaring met een osteopaat

⁵³ Tabel 17d: persoonlijke ervaring en doorverwijzen

⁵⁴ Grafiek 4: doorverwijzen bij een eerder persoonlijke positieve ervaring met een osteopaat man vs vrouw

6.2.3 DEELVRAAG 2

Heeft de leeftijd van de huisarts invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?

De leeftijd heeft inderdaad invloed op de kans op een doorverwijzing. Jonge huisartsen, vaak onder de 40 jaar, zijn eerder geneigd om hun patiënten naar een osteopaat door te verwijzen dan oudere huisartsen. De weerstand om patiënten naar een osteopaat door te verwijzen, is het meest frequent aanwezig bij de groep huisartsen van 50 jaar of ouder. Door de omvang van de steekproef kan niet vastgesteld worden of jonge vrouwelijke huisartsen eerder geneigd zijn om patiënten naar een osteopaat door te verwijzen dan jonge mannelijke huisartsen. Echter, er zijn aanwijzingen dat dit het geval is. Om deze deelvraag duidelijk te kunnen beantwoorden, is echter een uitgebreider onderzoek noodzakelijk.

6.2.4 DEELVRAAG 3

Heeft het aantal jaar werkervaring van de huisarts invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?

De bereidheid van huisartsen om hun patiënten naar een osteopaat door te verwijzen, heeft zich met name de laatste 5 jaar ontwikkeld. Huisartsen die tussen 5 en 10 jaar werkzaam zijn, zijn sneller geneigd om hun patiënten naar een osteopaat door te verwijzen dan huisartsen die langer werkzaam zijn.

6.2.5 DEELVRAAG 4

Heeft de plaats waar de praktijk van de huisarts is gevestigd, invloed op de doorverwijzing naar een osteopaat?

Tussen grote steden en kleinere gemeenten is een verschil zichtbaar in het aantal huisartsen dat patiënten doorverwijst naar een osteopaat. De huisartsen in kleinere gemeenten zijn eerder geneigd om hun patiënten naar een osteopaat door te verwijzen.

6.2.6 DEELVRAAG 5

Welke doelgroepen verwijzen huisartsen voornamelijk door naar een osteopaat?

Huisartsen die patiënten naar een osteopaat doorverwijzen, verwijzen met name volwassenen en baby's door. Sporadisch is sprake van *sporters* onder de groep van volwassenen.

6.2.7 DEELVRAAG 6

Bij welke klachten verwijzen huisartsen door naar een osteopaat?

Huisartsen die patiënten naar een osteopaat doorverwijzen, doen dit met name op basis van rugklachten. Iets minder vaak worden patiënten doorverwezen op basis van PDS. Soms komt een doorverwijzing tot stand op basis van migrainegerelateerde klachten. Huilbaby's worden ook vaak doorverwezen naar een osteopaat. Hoewel wetenschappelijke evidentie bestaat over de effectiviteit van osteopathische technieken (en/of osteopathische behandelingen), zijn huisartsen hier vaak niet mee bekend. Hoewel de meerderheid van de verwijzende artsen een positief oordeel heeft over de sterkte van de aanbevelingen uit deze studie, vindt slechts een geringe minderheid van de huisartsen die hun patiënten naar een osteopaat doorverwijzen (3,7%) de kwaliteit van de beschikbare evidentie toereikend.

6.2.8 DEELVRAAG 7

Hoe is de beleving en de uitvoering van het verwijsbeleid van de huisarts?

Huisartsen verwijzen hun patiënten door volgens de richtlijnen uit de NHG-standaarden. Ze zijn over het algemeen tevreden over het huidige verwijsbeleid. De huisartsen die nooit een patiënt naar een osteopaat hebben doorverwezen, missen de keuze voor osteopathie in het huidige verwijsbeleid in de meeste gevallen niet. Huisartsen die geneigd zijn om patiënten door te verwijzen naar de osteopaat, missen deze optie echter met enige regelmaat in het spectrum van officiële mogelijkheden. Over de vraag of osteopathie van toegevoegde waarde kan zijn in het huidige verwijsbeleid, verschillen de meningen sterk.

De huisartsen die hun patiënten niet doorverwijzen, ervaren weerstand tegen osteopathie. Zij geloven niet in deze behandelwijze en/of hebben er onvoldoende kennis van.^{55,56}

Wetenschappelijke evidentie speelt een grote rol in het *decision making process* van huisartsen, ongeacht hun uiteindelijke beslissing om al dan niet door te verwijzen. Paradoxaal is dat de huisartsen die hun keuze baseren op wetenschappelijke fundamenten vaak niet bekend zijn met de beschikbare evidentie over osteopathie of over de aanbevelingen uit onderzoeken. Ondanks hun kritische houding ten aanzien van osteopathie staan deze huisartsen open voor informatie over de actuele positie van osteopathie in de wetenschap.

⁵⁵ Tabel 31: redenen om patiënten niet door te verwijzen

⁵⁶ Grafiek 5: redenen om patiënten niet door te verwijzen

6.2.9 DEELVRAAG 8

Welke overige factoren spelen een rol in de doorverwijzing naar een osteopaat?

De huisartsen hebben veelal aangegeven niet te geloven in osteopathie. Daarnaast hebben zij de volgende factoren benoemd die een rol spelen bij het doorverwijzen:

- onvoldoende kennis over osteopathie;
- zichtbaarheid: de huisarts kent geen osteopaat in de regio;
- de gedachte om een osteopaat in te zetten, ontbreekt;
- communicatie: gebrek aan terugkoppeling over de behandelingen van de patiënten, zowel mondeling als schriftelijk;
- twijfels over de veiligheid van de behandeling.

6.3 OORSPRONKELIJKE VERWACHTINGEN EN UITEINDELIJKE RESULTATEN

De oorspronkelijke verwachtingen komen enigszins overeen met de uiteindelijke resultaten. De enige uitzondering is het antwoord op deelvraag 4 (hypothese 5).

Uit eerder onderzoek (B Benjamin, 2003), (Iverson G, 2005) is gebleken dat huisartsen in grote (universiteits)steden sneller geneigd zijn om hun patiënten door te verwijzen dan huisartsen in kleine steden of dorpen. De aard van de doorverwijzing wordt in deze onderzoeken echter niet beschreven. Het gaat dus ook om specialistische medische zorg.

Uit dit onderzoek blijkt dat de trend voor osteopathische zorg omgekeerd is. De groep huisartsen die gevestigd is in kleine steden of dorpen en haar patiënten doorverwijst is twee keer zo groot als de groep huisartsen uit grotere (universiteits)steden die haar patiënten doorverwijst naar een osteopaat. Dit verschil had groter kunnen zijn, indien het aantal uitnodigingen dat verspreid is in kleinere steden of dorpen overeen was gekomen met het aantal uitnodigingen dat verspreid is in grotere steden (162 versus 430).

6.4 EVALUATIE VAN HET ONDERZOEK

6.4.1 STERKE KANTEN VAN HET ONDERZOEK

In Nederland is weinig onderzoek gedaan naar factoren die een rol spelen bij doorverwijzingen naar osteopaten door huisartsen. Dit onderzoek biedt de eerste inzichten in dit onderwerp.

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de meeste huisartsen ervoor openstaan om meer informatie over osteopathie te ontvangen.^{57,58} Ook de groep huisartsen die tot nu toe geen

⁵⁷ Grafiek 6: huisartsen en bereidheid om meer informatie te ontvangen

⁵⁸ Tabel 32: huisartsen en bereidheid om meer informatie te ontvangen

patiënten naar een osteopaat heeft doorverwezen, toont belangstelling^{59,60}. Met de concrete aanknopingspunten die dit onderzoek biedt (communicatie en zichtbaarheid) vormt deze belangstelling een mogelijkheid voor een toekomstig betere samenwerking tussen osteopaten en huisartsen. Een kanttekening die hierbij geplaatst moet worden, is dat belangstelling voor informatie over osteopathie niet betekent dat de huisartsen in de toekomst ook iets willen of zullen doen met osteopathie.

Tevens is door dit onderzoek osteopathie onder de aandacht gebracht bij huisartsen als optie in hun doorverwijzingsspectrum. Daarnaast is een aantal huisartsen zich bewuster geworden van de mogelijkheden om osteopathie in te zetten. Ook zijn zij door het onderzoek op de hoogte van de laatste wetenschappelijke bewijzen met betrekking tot specifieke klachten. Concluderend kan gesteld worden dat dit onderzoek heeft bijgedragen aan een vergroting van de bekendheid van osteopathie onder de huisartsen.

6.4.2 TEKORTKOMINGEN IN HET ONDERZOEK

De betrouwbaarheid van het onderzoek is laag, doordat het aantal respondenten relatief gering is. De gekozen onderzoeksmethode heeft bovendien als nadeel dat de respondenten de vragenlijst sociaal wenselijk of niet serieus konden invullen. Een andere tekortkoming van het onderzoek is dat de resultaten mogelijk niet te generaliseren zijn. Aan het onderzoek hebben namelijk alleen huisartsen deelgenomen die gevestigd zijn in Zuid-Holland.

Een gevalideerd meetinstrument ontbrak. Daarom is in samenwerking met verschillende professionals een vragenlijst ontwikkeld. De interne betrouwbaarheid van dit meetinstrument is echter moeilijk te bepalen.

6.4.3 AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Tijdens het onderzoek is een aantal punten naar voren gekomen waarnaar een vervolgonderzoek kan worden gedaan. Het eerste is gevonden in de wervingsprocedure. Sommige huisartsen die werden benaderd tijdens de derde fase van de wervingsprocedure hebben namelijk aangegeven niet te willen deelnemen aan het onderzoek, omdat ze niet geloven in osteopathie en hierdoor geen patiënten willen doorverwijzen. Dit was niet het onderwerp van het onderzoek en is daarom niet verder onderzocht. Het is discutabel wat de oorzaak van de weigering om door te verwijzen is. Mogelijk spelen schaamte of

⁵⁹ Grafiek 7 huisartsen en bereidheid om meer informatie te ontvangen (*niet verwijzende artsen*)

⁶⁰ Tabel 33: niet verwijzende huisartsen en bereidheid om meer informatie te ontvangen

verantwoording ten aanzien van de eigen beroepsgroep een rol. Het is interessant om de invloed van eventuele (niet-genoemde) factoren te onderzoeken.

Om de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten te vergroten, is vervolgonderzoek eveneens wenselijk. De steekproefomvang moet dan vergroot worden. Tevens moeten de respondenten evenredig verdeeld zijn over de provincies en moeten gelijke groepen respondenten afkomstig zijn uit steden en uit dorpen.

Een derde aanbeveling voor vervolgonderzoek is de ontwikkeling van een meer valide vragenlijst waar hetzelfde domein door middel van meerdere *items* wordt onderzocht. De uniformiteit van de antwoordcategorieën (bijvoorbeeld *categorical ordinal*) maakt de interne betrouwbaarheid van het meetinstrument beter te beoordelen.

Ook de inzet van verschillende dataverzamelingmethoden kan de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroten. De laatste aanbeveling is dan ook om naast kwantitatief onderzoek een uitgebreid kwalitatief onderzoek uit te voeren. Met interviews kan een betere persoonlijke connectie met de huisarts worden gemaakt. Daarnaast kunnen eventuele vragen direct worden beantwoord of toegelicht. Om het aantal deelnemers aan deze studie te vergroten, kan overwogen worden om een enquête te laten uitgaan van een artsenvereniging. Wanneer dit onderzoek door osteopaten wordt opgezet, kan dat leiden tot verzet en desinteresse.

6.4.3.1 AANBEVELINGEN VOOR OSTEOPATEN

Uit dit onderzoek is gebleken dat huisartsen meer informatie willen ontvangen over osteopathie. Bij voorkeur verkrijgen ze deze informatie via een symposium.^{61,62}

Ook hebben de huisartsen aangegeven dat zij de osteopaat graag meer in hun werkgebied zien, zodat zij met hem in contact kunnen komen. Het lijkt dus een taak voor de osteopaat om contact te leggen met de huisarts uit de desbetreffende gemeente. Op deze manier wordt de samenwerking bevorderd.

Uit dit onderzoek blijkt tevens dat huisartsen behoefte hebben aan interdisciplinair overleg en een terugkoppeling over de behandeling middels telefonisch contact of verslaglegging. Dit zou een positief effect hebben op het aantal doorverwijzingen naar een osteopaat.

Een andere behoefte van de huisartsen is dat zij op de hoogte gesteld worden van de nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot osteopathie op wetenschappelijk gebied. Dit zou voor de huisartsen een reden kunnen zijn om patiënten vaker door te verwijzen naar een osteopaat. Voor de huisartsen die twijfelen over de kwaliteit van de studie, met name over de sterkte van de aanbevelingen, zou het helpend zijn om, onder andere, de ervaring van de patiënten na een behandeling te verkrijgen. Conform de *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE)* methodiek speelt de ervaring van de patiënt een grote rol in van de wetenschappelijke studie en aanbevelingen (Siemieniuk & Guyatt, 2019).

Een belangrijke kanttekening die geplaatst dient te worden bij het bovenstaande, is dat de aanbevelingen inspelen op de behoeften van de huisartsen. Als aan deze behoeften wordt voldaan, hoeft dit echter niet onmiddellijk te leiden tot een meerwaarde voor het doorverwijzingsbeleid en/of een betere samenwerking. Huisartsen die interesse hebben in osteopathie kunnen namelijk ook zelf een meer actieve rol aannemen door bijvoorbeeld wetenschappelijke informatie op te zoeken of zelf een symposium over alternatieve geneeswijzen te organiseren.

⁶¹ Grafiek 8: algemene benaderingswijzen

⁶² Grafiek 9 benaderingswijzen bij niet verwijzende huisartsen

6.5 CONCLUSIE

De belangrijkste aanleiding voor dit onderzoek is de stimulering en verbetering van de samenwerking tussen osteopaten en huisartsen als poortwachter van de zorg. Hierbij is de verwachting geformuleerd dat vrouwelijke en jongere huisartsen (gevestigd in grotere steden) de laatste 5 jaar vaker hebben doorverwezen naar osteopaten dan oudere en/of mannelijke collega's die zijn gevestigd in kleinere steden of dorpen. Persoonlijke ervaring met osteopathie, wetenschappelijke fundamenten en overige factoren, zoals communicatie en bekendheid zouden hierbij een doorslaggevende rol spelen.

Bij het onderzoek is het uitgangspunt geformuleerd om concrete aanbevelingen voor osteopaten te genereren om de samenwerking tussen hen en de huisartsen te bevorderen. Het is gebleken dat verschillende factoren invloed hebben op de doorverwijzingen van de huisarts naar een osteopaat. Dit zijn: geslacht, persoonlijke ervaring, leeftijd, aantal jaar werkervaring van de huisarts, plaats van de praktijk, doelgroep, aangetoond wetenschappelijk bewijs bij bepaalde klachten en overige factoren, zoals interdisciplinaire communicatie en zichtbaarheid.

Het hier gepresenteerde onderzoek kan worden gezien als een oriënterend onderzoek op het gebied van samenwerking tussen osteopaten en huisartsen. Om meer uitspraken te kunnen doen over deze verbanden is een meer verdiepend onderzoek noodzakelijk.

Bibliografie

- B Benjamin, C. . (2003). Patient, physician, and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada: a population-based, multi-level modelling approach. *Medical Care*, 41(4):500-511.
- Bacman, K., & Freeborn, D. (199). Physicians' use of referrals. *Social Science & Medicine*, 48:547-557.
- CBS. (2014, 10 3). *Bijna 1 miljoen mensen onder behandeling van een alternatieve genezer*. Opgehaald van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/11/bijna-1-miljoen-mensen-onder-behandeling-van-een-alternatieve-genezer>
- Chan, B. B., & Austin, P. (2003). Patient, physician, and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada: a population-based, multi-level modelling approach. *Medical Care*, 41(4):500-511.
- Currie, K. G. (2017). *semanticscholar*. Opgehaald van https://pdfs.semanticscholar.org/https://pdfs.semanticscholar.org/dc78/9cc06254436c1f368324b1a3de8ab529fe36.pdf?_ga=2.86630749.418123576.1561963194-1515058573.1561963194
- Dijk, G. v. (2007, December 4). *Artsen verdeeld over alternatieve geneeswijzen*. Opgehaald van www.medischcontact.nl: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/artsen-verdeeld-over-alternatieve-geneeswijzen.htm>
- E Ben-Arye, M. S. (2007). How should complementary practitioners and physicians communicate? A cross-sectional study from Israel. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 20 (6) 565-571.
- E Ernst, M. H. (1999). Experts' opinions on complementary/alternative therapies for low back pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, Volume 22, Issue 2, Pages 87–90.
- Elsevier, B. (2019). *international journal of osteopathic medicine*. Opgehaald van www.journals.elsevier.com: <https://www.journals.elsevier.com/international-journal-of-osteopathic-medicine>
- Ernst. (2000). Ernst, E. *Bulletin of the World Health Organization - Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review -*, jg. 78, nr. 2, p. 252-257.
- Federatie Medisch Specialisten. (2015). <https://richtlijndatabase.nl>. Opgehaald van <https://richtlijndatabase.nl>: https://richtlijndatabase.nl/over_deze_site/richtlijnontwikkeling/grade.html
- FL Bishop, K. B. (2013). How patients choose osteopaths: A mixed methods study". *Complementary Therapies in Medicine*, Volume 21 Issue 1 Pages 50-57.
- Geneeswijzer. (2018, 02 18). *Osteopathie immers populair in topsport*. Opgehaald van Geneeswijzer.nl: <https://geneeswijzer.nl/blog/osteopathie-immers-populair-in-topsport>
- Greene, J., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Journal Indexing and Metrics*, 255-274.

Bibliografie

- Iverson G, C. S. (2005). What factors influence a family physician's decision to refer a patient to a specialist? *Rural and Remote Health*, 5: 413. Opgehaald van www.rrh.org.au/journal/article/413
- Jamison, J. (1995). Medical referral for chiropractic care: a survey of "unconventional" medical practitioners. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 18(5):302-7.
- Jaoa Guidelines, T. F. (2016). American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain. *The Journal of the American Osteopathic Association*, Vol 116 (8):536-49.
- John C. Licciardone, D. E. (2013). Osteopathic Manual Treatment and Ultrasound Therapy for Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Annal of Family Medicine*, 11:122-129.
- Kloosterman, R. (2019). *Alternatieve geneeswijzen: contact en opvattingen*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Kreulen, K. (2019). <https://spsshandboek.nl>. Opgehaald van <https://spsshandboek.nl/cronbachs-alpha/>
- Lanaro, D., Ruffini, N., Manzotti, A., & Lista, G. (2017). Osteopathic manipulative treatment showed reduction of length of stay and costs in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96(12):e6408.
- Licciardone JC, A. K. (2005). Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disorder*, 6:43.
- Müller A, F. H. (2014). Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: a systematic review. *The Journal of the American Osteopathic Association*, Vol. 114, 470-479.
- Peritanol, J. (2016). Treatment in pediatric and neonatal patients and disorders: Clinical considerations and updated review of the existing literature. *American Journal of Perinatology*, 33 (11):1050-4.
- Siemieniuk, R., & Guyatt, G. (2019). <https://bestpractice.bmj.com>. Opgehaald van BMJ best practice: <https://bestpractice.bmj.com/info/us/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>
- Simpson, J. (1998). A study of referral patterns among Queensland general medical practitioners to chiropractors, osteopaths, physiotherapists and others. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 21(4):225-31.
- Sportknowhowxl. (2013, 11 28). *Osteopaat maakt wielrenners sterker*. Opgehaald van [sportknowhowxl.nl](http://www.sportknowhowxl.nl): <http://www.sportknowhowxl.nl/achtergronden/archief/nieuwsberichten/item/91350/>
- T De Gent, A. D. (2010). *Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België*. Brussels, België: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) Report 148A D/2010/10.273/91.
- Tilburg University. (2019). [tilburguniversity.edu](http://www.tilburguniversity.edu). Opgehaald van [tilburguniversity.edu](http://www.tilburguniversity.edu): <https://www.tilburguniversity.edu/nl/studenten/studie/colleges/spsshelpdesk/edesk/spiegel>

Bibliografie

Voigt K, L. J.-R. (2011). Efficacy of osteopathic manipulative treatment of female patients with migraine: results of a randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* Vol. 17, No. 3.

Well, T., & Kouwenberg, T. (2009). *Beroepscompetentieprofiel Osteopathie*. Hilversum en Emmeloord: Nederlandse vereniging voor Osteopathie en Stichting het Nederlands Register voor Osteopathie.

Zee, F. v. (2017). *www.hulpbijonderzoek.nl*. Opgehaald van Hulp bij onderzoek:
<https://hulpbijonderzoek.nl/online-woordenboek/kurtosis/>

Zweedijk. (2002). Osteopathie in Nederland; De stand van zaken. *De osteopaat*, 1. Opgehaald van Osteopathie bij Kinderen:
http://www.osteopathiebijkinderen.com/documents/0412_Osteopathie_in_Nederland_De_stand_van_zaken.pdf

Lijst van tabellen

TABEL 1: LIJST VAN PLAATSEN MET AANTAL INWONERS EN HUISARTSEN. * ZORGKAART NEDERLAND 2019.

Plaats	Inwoners	Huisartsen*
Rotterdam	623.652 (2015)	292
Den haag	537.988 (2019)	255
Zoetermeer	124.025 (2018)	68
Delft	101.030 (2015)	52
Schiedam	7.7920 (2017)	29
Voorburg	74.788 (2017)	23
Gouda	72.338 (2017)	45
Vlaardingen	71.972 (2017)	35
Katwijk	65.312 (2018)	25
Barendrecht	48.474 (2017)	20
Rijswijk	46.752 (2010)	24
Maassluis	32.493 (2017)	19
Leidschendam	32.480 (2012)	17
's-Gravenzande	22.190 (2019)	10
Pijnacker	20.315 (2018)	12
Nootdorp	19.045 (2019)	10
Maasland	6.530 (2019)	5

TABEL 2: TOTAAL AANTAL HUISARTSEN GEVESTIGD IN DE ONDERZOCHE PLAATSEN

Groep	Totaal Huisartsen
A	776
B	165
Totaal	941

TABEL 3: TOTAAL AANTAL GENODIGEN DEELNAME ONDERZOEK

Groepen	Plaatsen	Populatie	Verwachte Respondenten	Foutmarge	Betrouwbaarheidsniveau	Steekproef	Uitnodigingen
A	Gemeenschappen > 65.500 inwoners OF >25 Ha Rotterdam, Den Haag, Delft, Zoetermeer, Schiedam, Gouda, Vlaardingen	776	50%	5%	95%	258	430
B	Gemeenschappen < 65.500 inwoners OF <26 Ha Voorburg, Katwijk, Barendrecht, Rijswijk, Maassluis, Leidschendam, 's Gravenzande, Pijnacker, Nootdorp, Maasland	165	60%	5%	95%	116	162

TABELLEN

TABEL 3: BEPALING VAN DE SAMENSTELLING VAN GROEP A. *(TOTAAL HUISARTSEN PER PLAATS/TOTAAL HUISARTSEN PER GROEP) X 100

Plaats	Ratio berekening uitnodigingen per plaats*	Uitnodigingen	Mannen	Vrouwen
Rotterdam	39%	168	84	84
Den Haag	32%	137	68	69
Zoetermeer	10%	43	21	22
Delft	7%	30	15	15
Gouda	5%	22	11	11
Vlaardingen	4%	17	9	8
Schiedam	3%	13	7	6
Totaal	100%	430	215	215

TABELLEN

TABEL 4: BEPALING VAN DE SAMENSTELLING VAN GROEP B. *(TOTAAL HUISARTSEN PER PER PLAATS/TOTAAL HUISARTSEN PER GROEP) X 100

Plaats	% HA ten aanzien van de grootte van de groep	Uitnodigingen	Mannen	Vrouwen
Katwijk	16%	25	12*	13
Rijswijk	15%	24	12	12
Voorburg	14%	23	11*	12
Barendrecht	12%	20	11	9
Maassluis	11%	18	8*	10
Leidschendam	10%	16	9	7
Pijnacker	7%	11	3*	8
's-Gravenzande	6%	10	5	5
Nootdorp	6%	10	3*	7
Maasland	3%	5	3	2
Totaal	100%	162	77	85

* maximale mannelijk huisartsen per plaats

TABEL 6: TEVREDENHEID NGH STANDAARDEN

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
In hoeverre bent u tevreden over uw huidige verwijsbeleid?	80	38	100	70,50	10,280
Valid N (listwise)	80				

TABEL 7A: MIST U IN HET HUIDIGE DOORVERWIJSBELEID DE KEUZE NAAR OSTEOPATHIE? (NIET VERWIJZENDE ARTSEN)

		Frequency	Percent
Valid	Bijna altijd	1	2,0
	Soms	9	17,6
	Nooit	41	80,4
	Total	51	100,0

TABEL 7B: MIST U IN HET HUIDIGE DOORVERWIJSBELEID DE KEUZE NAAR OSTEOPATHIE? (VERWIJZENDE ARTSEN)

Answer Choices	Responses	
Altijd	13,79%	4
Bijna altijd	6,90%	2
Soms	75,86%	22
Nooit	3,45%	1

TABEL 8A: FREQUENTIE ANALYSE, MOGELIJK ROL OSTEOPATHIE IN HET HUIDIGE VERWIJSBELEID

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Zeker	6	7,4	7,4	7,4
	Heel waarschijnlijk	10	12,3	12,3	19,8
	Waarschijnlijk	15	18,5	18,5	38,3
	Waarschijnlijk niet	22	27,2	27,2	65,4
	Ik weet het niet	24	29,6	29,6	95,1
	Nvt	4	4,9	4,9	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

TABEL 8B: STATISTIEK, SPREIDING VAN DE FREQUENTIE ANALYSE, MOGELIJK ROL OSTEOPATHIE IN HET HUIDIGE VERWIJSBELEID

N	Valid	81
	Missing	0
Std. Deviation		1,340
Kurtosis		-,607
Std. Error of Kurtosis		,529

TABEL 9: BELANG EVIDENTIE BIJ VERWIJZENDE EN NIET VERWIJZENDE HUISARTSEN

		Heeft u in uw praktijk één patiënt doorverwezen naar een osteopaat?				
		Nee	Ja	Total		
Speelt evidentie een rol in de doorverwijzing?	Zeker	Count	35	7	42	
		%	68,6%	25,0%	53,2%	
	Heel waarschijnlijk	Count	13	15	28	
		%	25,5%	53,6%	35,4%	
	Waarschijnlijk	Count	2	5	7	
		%	3,9%	17,9%	8,9%	
	Nee	Count	1	1	2	
		%	2,0%	3,6%	2,5%	
	Total		Count	51	28	79

TABEL 10: INZICHT OVER WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE BIJ HUISARTSEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nee	47	97,9	100,0	100,0
Missing	System	1	2,1		
Total		48	100,0		

TABEL 11: MENING OVER KWALITEIT VAN DE EVIDENTIE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nee	6	12,5	12,5	12,5
	Gedeeltelijk	2	4,2	4,2	16,7
	Ik weet het niet	30	62,5	62,5	79,2
	ik ben er niet mee bekend	10	20,8	20,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

TABEL 12: MENING OVER STERKTE VAN DE AANBEVELINGEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Matig	1	2,1	2,1	2,1
	Slecht	1	2,1	2,1	4,2
	Zeer slecht	1	2,1	2,1	6,3
	Ik weet het niet	45	93,8	93,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

TABELLEN

TABEL 13: WAT IS ER VOOR DE HUISARTS NODIG OM VAKER DOOR TE VERWIJZEN?

<i>Wat is er voor u nodig om er (vaker) voor te kiezen om door te verwijzen naar een osteopaat?</i>	Responses	
Meer kennis over de osteopathie	50,98%	26
Kennismaken met osteopaten in de regio	19,61%	10
Meer informatie over de beschikbare evidentie	78,43%	40
Anders namelijk	13,73%	7
	Answered	51
	Skipped	0

TABEL 14A: STATISTIEK, DOORVERWIJZING MANNEN VS VROUWEN

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,420 ^a	1	,020

TABEL 14B: DOORVERWIJZING, MANNEN VS VROUWEN

			Man	Vrouw	
Heeft u in uw praktijk één of meerdere patiënten doorverwezen naar een osteopaat?	Nee	Count	23	28	51
		Geslacht	82,1%	56,0%	65,4%
	Ja	Count	5	22	27
		% within Geslacht	17,9%	44,0%	34,6%
Total	Count	28	50	78	
	% within Geslacht	100,0%	100,0%	100,0%	

TABEL 15A: FREQUENTIE DOORVERWIJZINGEN OP JAARBASIS

<5	66,70%	18
Tussen 5 en 20	29,60%	8
>25	3,70%	1

TABEL 15B: FREQUENTIE DOORVERWIJZINGEN OP JAARBASIS MANNEN VS VROUWEN

		<5	5-10	>25	
Geslacht	Mannelijke huisartsen	4	1	0	5
	Percentage	22,2%	12,5%	0,0%	18,5%
	Vrouwelijke huisartsen	14	7	1	22
	Percentage	77,8%	87,5%	100,0%	81,5%
Total	Totaal	18	8	1	27

TABEL 16: INITIATIEF OM DOOR TE VERWIJZEN

		Geslacht		Total
		Man	Vrouw	
Patiënt	Count	1	3	4
	% within Geslacht	25,0%	13,6%	15,4%
Arts	Count	0	6	6
	% within Geslacht	0,0%	27,3%	23,1%
Beide	Count	3	13	16
	% within Geslacht	75,0%	59,1%	61,5%
Total	Count	4	22	26
	% within Geslacht	100,0%	100,0%	100,0%

TABEL 17A: PERSOONLIJKE ERVARING MET EEN OSTEOPAAT

		Geslacht		Total	
		Man	Vrouw		
Heeft u zelf persoonlijk ervaring met een osteopaat? (bent u zelf op consult of voor een behandeling geweest?)	JA	Count	9	19	28
		% within Geslacht	33,3%	38,0%	36,4%
	Nee	Count	18	31	49
		% within Geslacht	66,7%	62,0%	63,6%
Total	Count	27	50	77	
	% within Geslacht	100,0%	100,0%	100,0%	

TABEL 17B:TEVREDENHEID NA CONTACT MET EEN OSTEOPAAT

		Heeft u zelf persoonlijk ervaring met een osteopaat?	
		JA	
Zo ja, bent u tevreden over de behandeling?	ja	Count	24
		% within Heeft u zelf persoonlijk ervaring met een osteopaat? (bent u zelf op consult of voor een behandeling geweest?)	82,8%
	deels tevreden	Count	4
		% within Heeft u zelf persoonlijk ervaring met een osteopaat? (bent u zelf op consult of voor een behandeling geweest?)	13,8%
	ik weet het niet	Count	1
		% within Heeft u zelf persoonlijk ervaring met een osteopaat? (bent u zelf op consult of voor een behandeling geweest?)	3,4%
	Nvt	Count	0
		% within Heeft u zelf persoonlijk ervaring met een osteopaat? (bent u zelf op consult of voor een behandeling geweest?)	0,0%

TABELLEN

TABEL17C: STATISTIEK, PERSOONLIJKE ERVARING EN DOORVERWIJZEN

Chi-Square	Chi-Square	Df	Asymp. Sig.
df	7,000 ^a	1	,008

TABEL 17D: PERSOONLIJKE ERVARING EN DOORVERWIJZEN

	Ja	Nee
Man	3,50% 1	60,10% 17
Vrouw	13,40% 7	48,00% 25

TABEL 18A: STEM & LEAF PLOT NIET DOORVERWIJZEN

Uw Leeftijd Stem and Leaf Plot for doorverwijzen = Nee	
11 Respondenten in de 50'	
Frequency: Stem & Leaf	
7,00	31,112344
5,00	35,6668
7,00	41,122334
9,00	45,56667889
11,00	50,0011223344
7,00	55,588999
2,00	60,2
2,00	65,5
Stem width	10
Each leaf:	1 case(s)

TABELLEN

TABEL 18B: STEM AND LEAF POT DOORVERWIJZEN

Uw Leeftijd Stem-and-Leaf Plot for doorverwijzen = Ja 7 respondenten in de 44's Frequency Stem & Leaf	
1,00	33
7,00	34,444555
6,00	36,66677
4,00	38,899
3,00	40,01
1,0	43
,00	4-
,00	4-
1,00	48
4 extremes	>54
Stem width	10
Each leaf	1 case (s)

TABEL 19: OOIT DOORVERWEZEN?

	Valid		Missing		Total	
Ooit doorverwezen?	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nee	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Ja	27	96,4%	1	3,6%	28	100,0%

TABEL 20: STATISTIEK, FREQUENTIE ANALYSE

		Heeft u in uw praktijk één of meerdere patiënten doorverwezen naar een osteopaat?	Statistic	Std. Error	
Uw Leeftijd	Nee	Mean	46,96	1,343	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	44,26	
			Upper Bound	49,66	
		5% Trimmed Mean	46,88		
		Median	47,50		
		Variance	90,162		
		Std. Deviation	9,495		
		Minimum	31		
		Maximum	65		
		Range	34		
		Interquartile Range	14		
		Skewness	-,047	,337	
		Kurtosis	-,876	,662	
		Ja	Mean	40,37	1,580
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	37,12	
			Upper Bound	43,62	
	5% Trimmed Mean		39,65		
	Median		37,00		
	Variance		67,396		
	Std. Deviation		8,210		
Minimum	33				
Maximum	61				
Range	28				
Interquartile Range	6				
Skewness	1,605	,448			
Kurtosis	1,420	,872			

TABEL 21: DESCRIPTIEF ALLEEN VROUWEN

Ja	Mean	39,18	1,491
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36,08
		Upper Bound	42,28
	5% Trimmed Mean	38,34	
	Median	36,50	
	Variance	48,918	
	Std. Deviation	6,994	
	Minimum	33	
	Maximum	61	
	Range	28	
	Interquartile Range	6	
	Skewness	2,031	,491
	Kurtosis	4,115	,953

TABEL 22A: WANNEER HEEFT DE DOORVERWIJZING PLAATSGEVONDEN?

<i>Wanneer heeft u voor het eerst één van uw patiënten naar een osteopaat doorverwezen? *</i>			
	Observed N	Expected N	Residual
Afgelopen jaar	13	6,75	6,25
1-5 jaar geleden	12	6,75	5,25
5-10 jaar geleden	1	6,75	-5,75
meer dan 15 jaar geleden	1	6,75	-5,75
Total	27		

TABEL 22B: STATISTIEK, WANNEER HEEFT DE DOORVERWIJZING PLAATSGEVONDEN?

Chi-Square	df	Asymp. Sig.
28,429	4	,000

TABEL 23: STATISTIEK, WEL OF NIET DOORVERWIJZEN VS ERVARING

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,275 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	18,638	3	,000
Linear-by-Linear Association	9,107	1	,003
N of Valid Cases	78		

TABEL 24: WEL OF NIET DOORVERWIJZEN VS ERVARING

			Aantal jaar werkervaring als huisarts				Total
			<5	5-10	10-15	>15	
Heeft u in uw praktijk één of meerdere patiënten doorverwezen naar een osteopaat?	Nee	Count	10	4	11	26	51
		% within Aantal jaar werkervaring als huisarts	58,8%	25,0%	73,3%	86,7%	65,4%
	Ja	Count	7	12	4	4	27
		% within Aantal jaar werkervaring als huisarts	41,2%	75,0%	26,7%	13,3%	34,6%
Total		Count	17	16	15	30	78
		% within Aantal jaar werkervaring als huisarts	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

TABEL 25: DOORVERWIJZEN VS PLAATS

		Ooit doorverwezen?		Total	
		2	1		
Stad_vs_dorp	Group B	Count	24	19	43
		%	47,1%	70,3%	55,2%
	Group A	Count	27	8	35
		%	52,9%	29,7%	44,8%
Total		Count	51	27	78
		%	100,0%	100,0%	100,0%

TABEL 26: ROL VAN WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE

Heeft u in uw praktijk één of meerdere patiënten doorverwezen naar een osteopaat?

				Nee	Ja	Total
Speelt evidentie een rol in de doorverwijzing?	Zeker	Count		35	7	42
		%		68,6%	25,9%	53,5%
	Heel waarschijnlijk	Count		13	15	28
		%		25,5%	55,5%	35,5%
	Waarschijnlijk	Count		2	4	6
		%		3,9%	14,9%	8,8%
Nee	Count		1	1	2	
	%		2,0%	3,7%	2,2%	
Total	Count		51	27	78	
	%		100,0%	100,0%	100,0%	

TABEL 27: MENING OVER DE KWALITEIT VAN DE WETENSCHAPPELIJK EVIDENTIE

		Heeft u in uw praktijk één of meerdere patiënten doorverwezen naar een osteopaat?			Total
		Nee	Ja		
Vindt u de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs (evidence) toereikend?	Ja	Count	0	1	1
		%	0,0%	3,7%	1,1%
	Nee	Count	6	2	8
		%	11,8%	7,5%	10,1%
	Gedeeltelijk	Count	4	14	19
		%	7,8%	51,8%	24,1%
Ik weet het niet	Count	31	8	39	
	%	60,8%	29,6%	50%	
ik ben er niet mee bekend	Count	10	2	12	
	%	19,6%	7,4%	15,1%	
Total	Count	51	27	78	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

TABEL 28: MENING OVER DE STERKTE VAN DE AANBEVELINGEN

	Zeer Goed		Goed		Matig		Slecht		Zeer slecht		Ik weet het niet		Total	
Total	3,70%	1	11,11%	3	44,44%	12	3,70%	1	0,00%	0	35,03%	10	100,00%	27
													Answered	27
													Skipped	0

TABEL 29: INTERCOLLEGIALE COMMUNICATIE

		Verwijst de HA door?		Total	
		Nee	Ja		
Heeft u een schriftelijke en/of mondelinge rapportage van de behandeling gehad?	Ja	Count	1	5	6
		%	2,0%	18,5%	7,6%
	Nee	Count	14	15	30
		%	27,5%	55,55%	38,0%
	In meer dan de helft van de gevallen	Count	0	2	2
		%	0,0%	7,4%	2,5%
	In minder dan de helft van de gevallen	Count	0	5	5
		%	0,0%	18,5%	6,3%
	nvt	Count	36	0	36
		%	70,6%	0,0%	45,6%
Total	Count	51	27	78	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

TABEL 30: EERDER POSITIEVE PERSOONLIJKE ERVARING VS DOORVERWIJZEN

	Observed N	Expected N	Residual
Nee	7	13,5	-6,5
Ja	20	13,5	6,5
Total	27		

TABEL 31: REDENEN OM NIET DOOR TE VERWIJZEN

Answers	Responses
Onvoldoende kennis over	58,82%
Geen osteopaten in de regio	9,80%
Ik geloof hier niet in	64,71%
Niet van toepassing	1,96%
Anders namelijk	11,76%

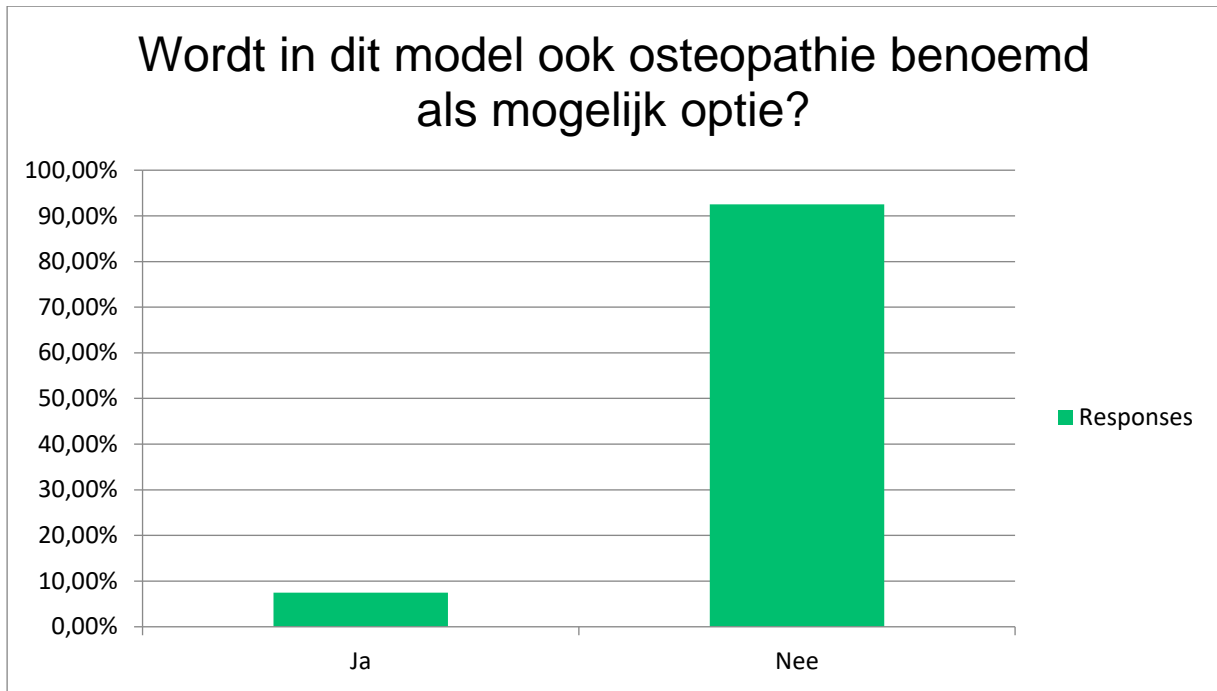
TABEL 32: HUISARTSEN EN BEREIDHEID OM MEER INFORMATIE TE ONTVANGEN

Answer Choices	Responses
Ja	78,00% 63
Nee	22,00% 18

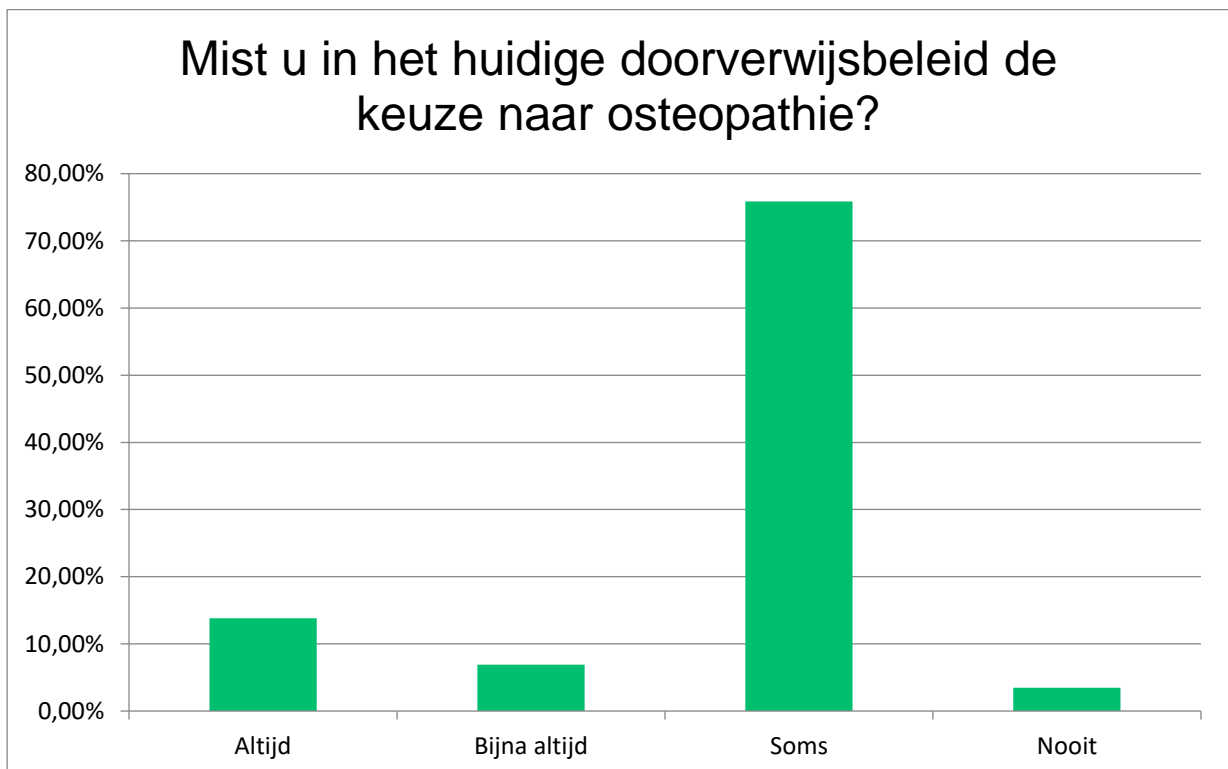
TABEL 33: NIET VERWIJZENDE HUISARTSEN EN BEREIDHEID OM MEER INFORMATIE TE ONTVANGEN

Answer Choices	Responses
Ja	68,63% 35
Nee	31,37% 16

Lijst van grafieken

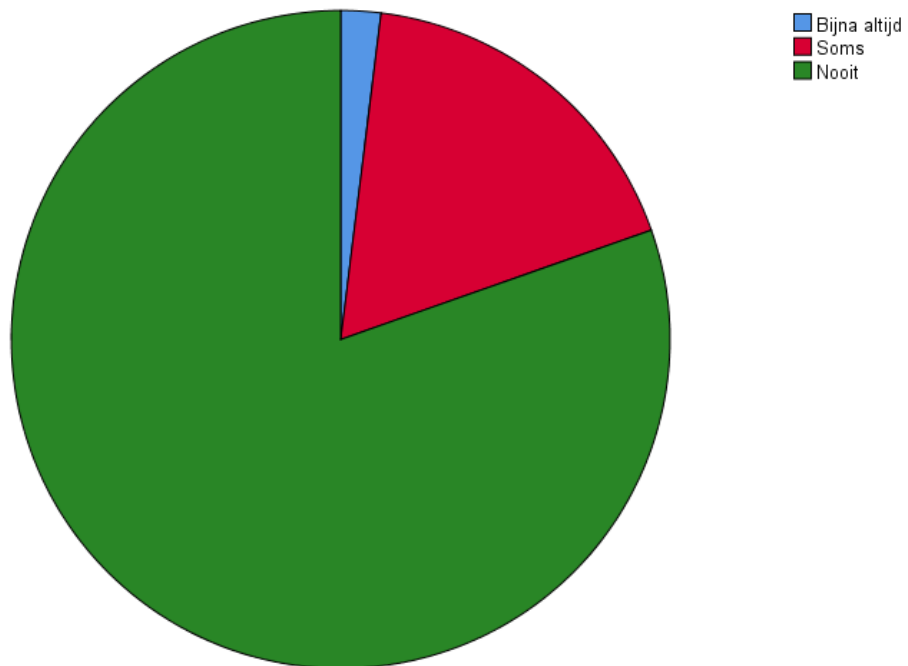


Grafiek 1: wordt osteopathie in de NHG standaarden benoemd?

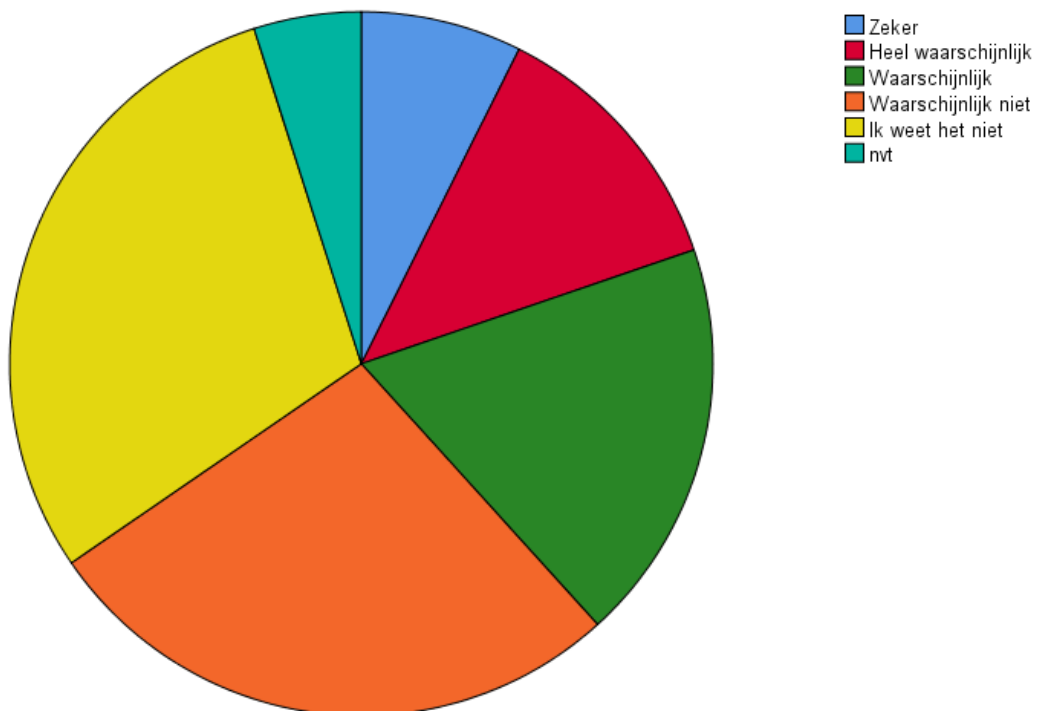


Grafiek 2A: mist u in het huidige doorverwijsbeleid de keuze naar osteopathie? (niet)verwijzende artsen

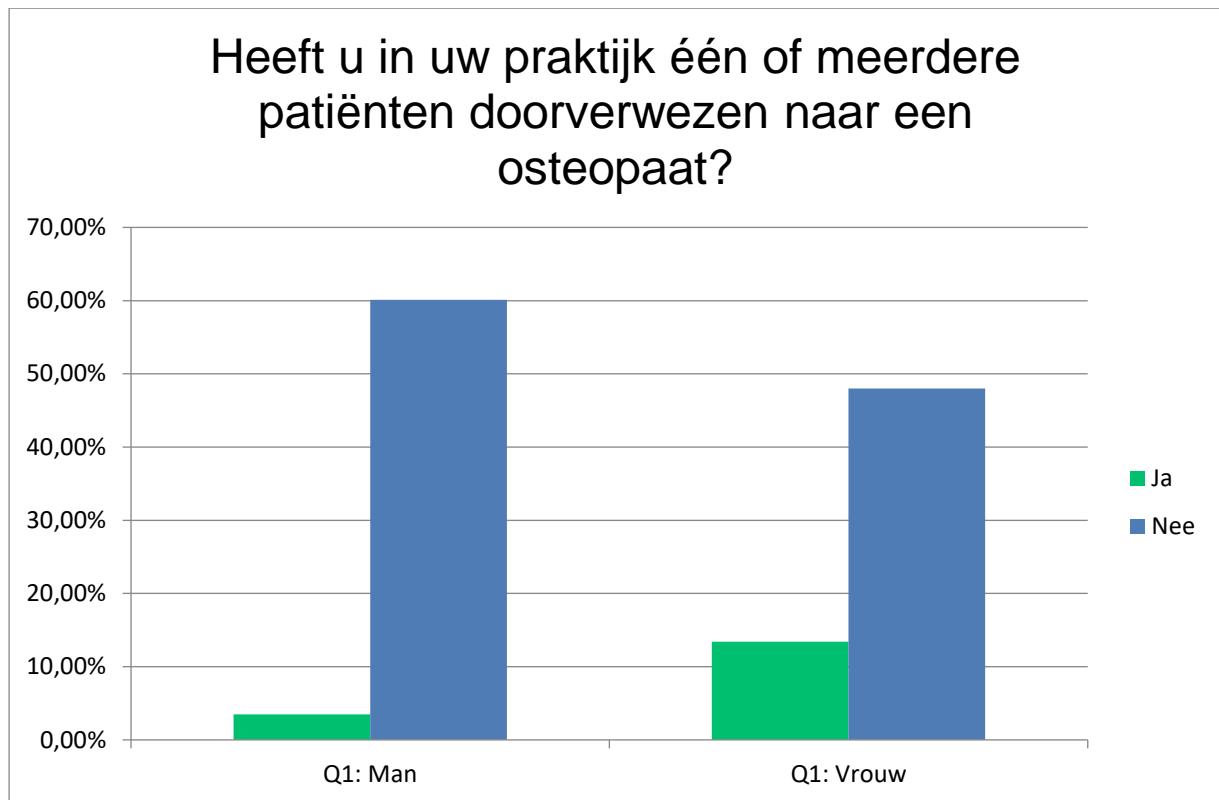
Lijst van grafieken



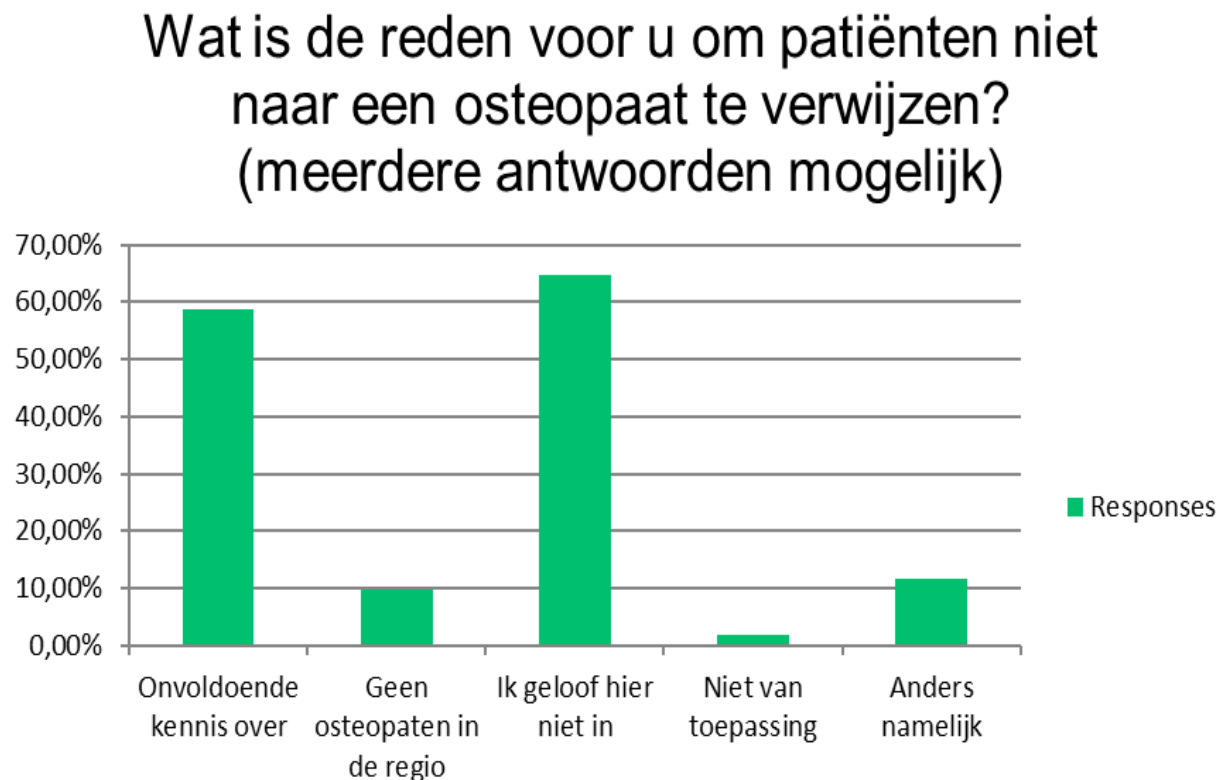
Grafiek 2B: mist u in het huidige doorverwijsbeleid de keuze naar osteopathie? (verwijzende artsen)



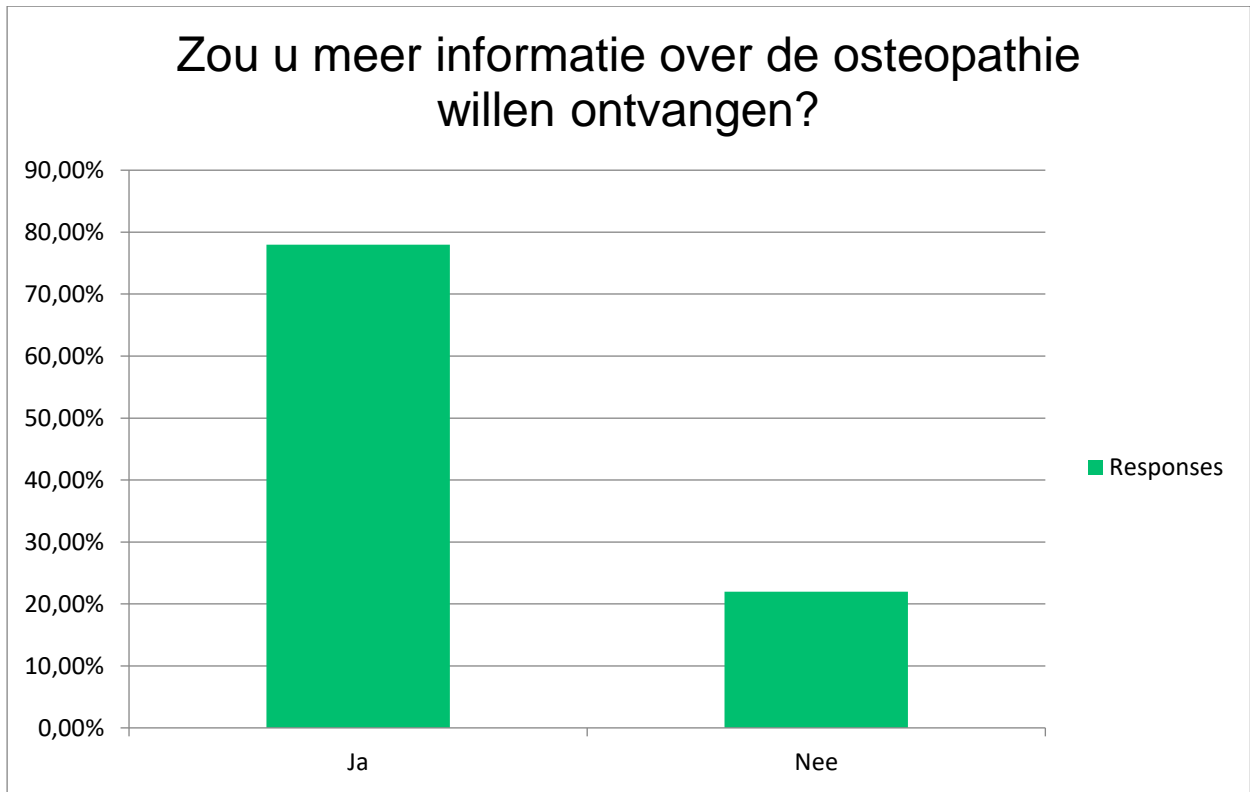
Grafiek 3: zou osteopathie een toegevoegde waarde kunnen hebben in het huidige verwijsbeleid?



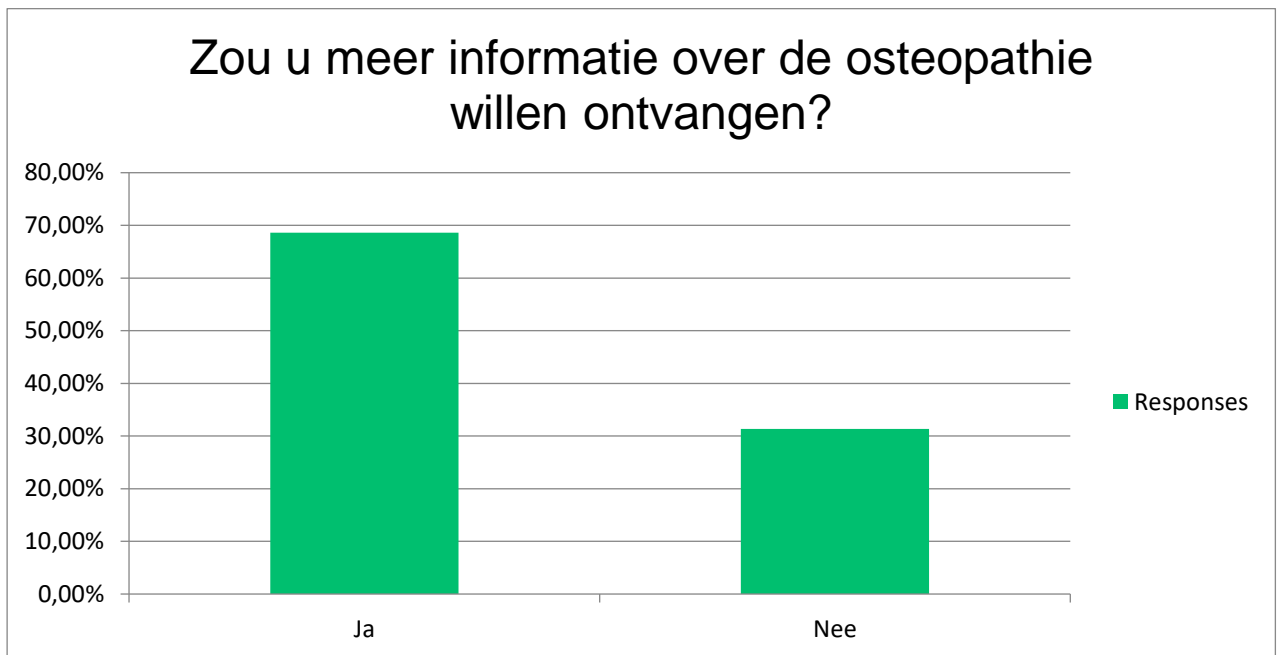
Grafiek 4: doorverwijzen bij een eerder persoonlijke positieve ervaring met een osteopaat man vs vrouw



Grafiek 5: redenen om patiënten niet door te verwijzen



Grafiek6: huisartsen en bereidheid om meer informatie te ontvangen



Grafiek 7: huisartsen en bereidheid om meer informatie te ontvangen (niet verwijzende artsen)



Grafiek 8: algemene benaderingswijzen



Grafiek 9: benaderingswijzen bij niet verwijzende huisarts

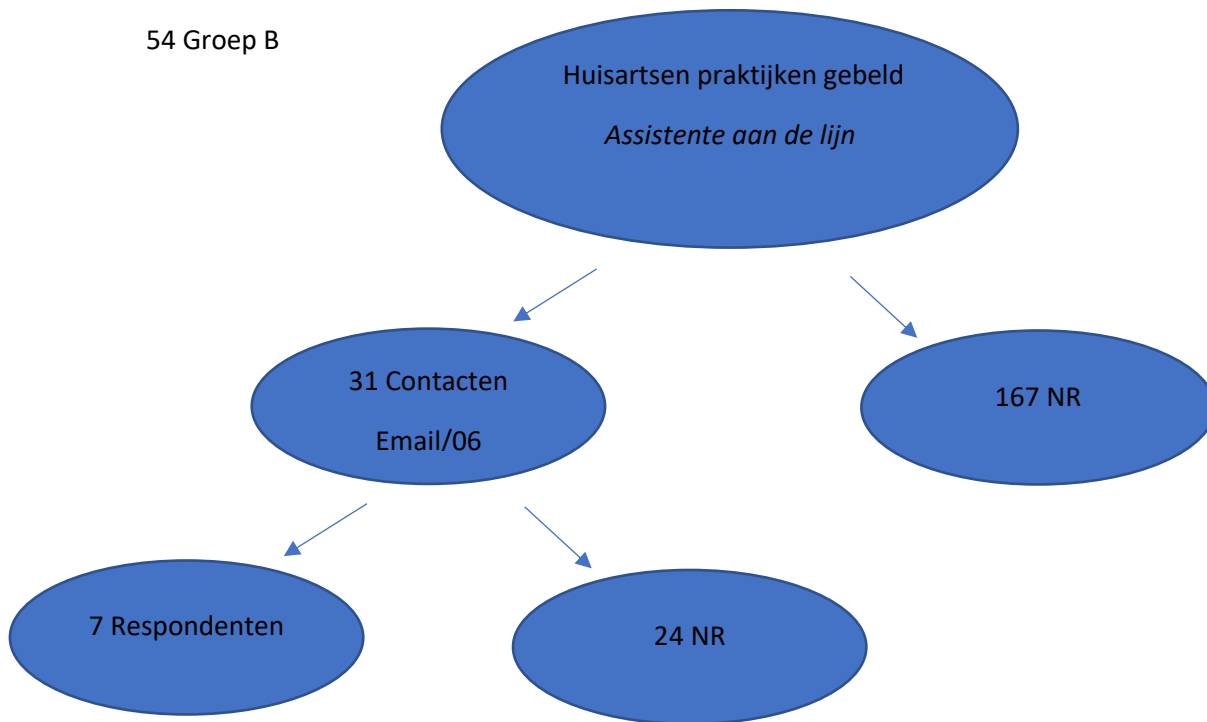
Bijlage I

Uitnodiging protocollen a,b en c

Uitnodiging protocol: A

144 Groep A

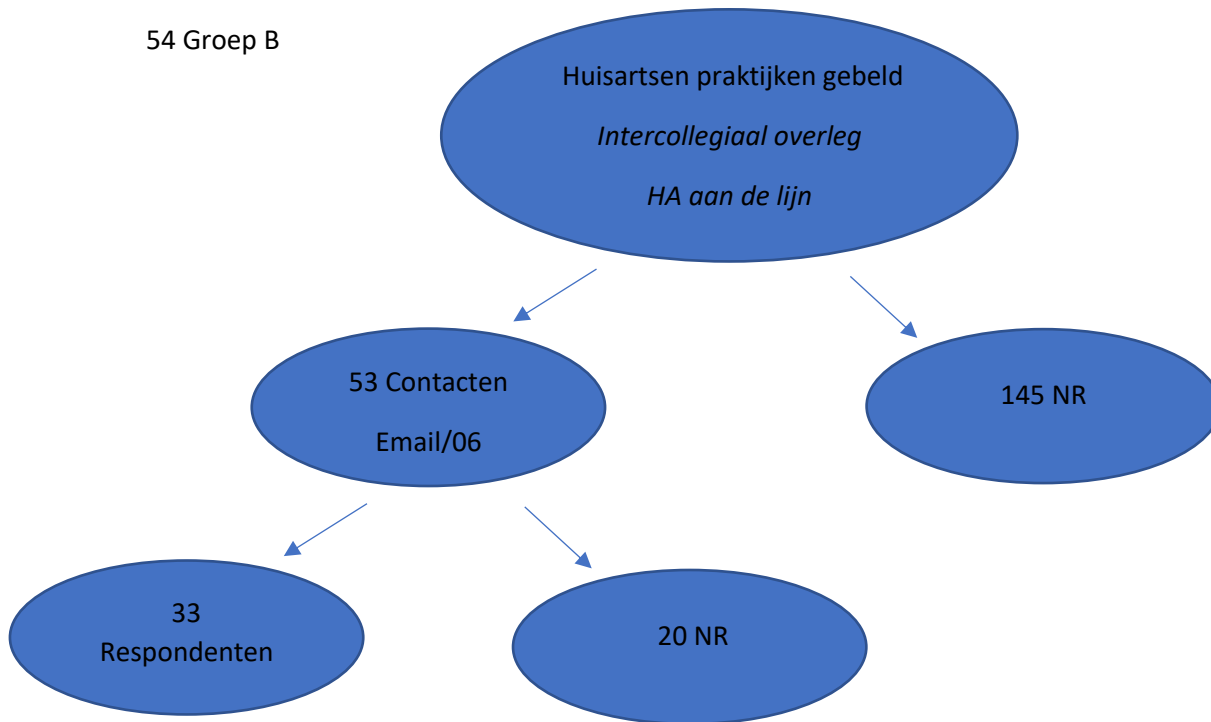
54 Groep B



Uitnodiging protocol: B

144 Groep A

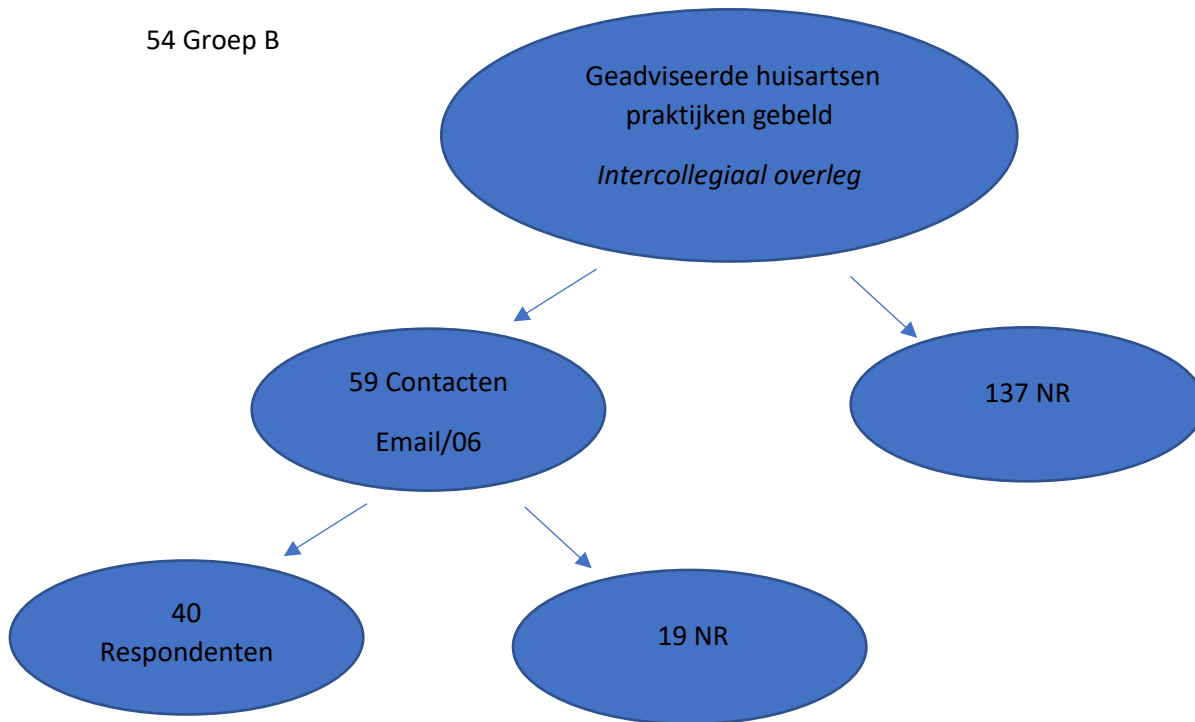
54 Groep B



Uitnodiging protocol: C

142 Groep A

54 Groep B



Bijlage II

e-mail/whatsapp uitnodiging fase 1

Lijst van grafieken

Geachte huisarts(en),

Mijn naam is Lucio Leone en werk als fysiotherapeut. Momenteel zit in het laatste jaar van mijn opleiding osteopathie ter College Sutherland in Amsterdam.

In het kader van mijn afstuderen doe ik observationeel onderzoek naar het huidige verwijsstroom, huidige verwijsbeleid en knelpunten/barrière ten aanzien van verwijzingen van huisartsen naar de osteopathie.

Middels bijgevoegde vragenlijst probeer ik inzage te krijgen in het huidig verwijsbeleid en eventuele knelpunten en/of aanbevelingen uit te lichten.

Zoals telefonisch besproken met u of uw medewerker, stuur ik u de afgesproken vragenlijst.

Ik wil u vriendelijk verzoeken om deze vragenlijst voor 25 februari 2019 in te vullen. Dit zal slechts 3 minuten van uw tijd kosten.

Ik ben mij er terdege van bewust dat u het ook hartstikke druk heeft. Daarom kan het invullen van de vragenlijst u ook iets opleveren. Als tegenpresentatie voor uw deelname verloot ik drie ovenheerlijke taarten onder de deelnemende huisartsenpraktijken. Deze worden persoonlijk in uw praktijk gebracht voor het voltallige personeel.

Op maandag 1 juli 2019 zullen de drie winnaars bekend gemaakt worden.

LET OP! Instructies voor het invullen van de vragenlijst:

- Onder verwijzing wordt verstaan "een schriftelijk en/of mondeling advies waarin duidelijk wordt aangegeven dat u het bezoeken van een osteopaat in het belang van de patiënt acht."
- U kunt afvinken het antwoord dat voor u van toepassing is.
- Daar waar de optie "anders namelijk" wordt aangeboden, kunt u in het tesktvakje een toelichting intypen.
- Daar waar meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit duidelijk aangegeven.

Vriendelijk bedankt voor uw deelname.

Met vriendelijke groet,
Drs. Lucio Leone
Fysiotherapeut en Osteopaat

Bijlage III

e-mail/whatsapp uitnodiging fase 2 en 3

Lijst van grafieken

Geachte huisarts(en),

Mijn naam is Lucio Leone en werk als fysiotherapeut. Momenteel zit in het laatste jaar van mijn opleiding osteopathie ter College Sutherland in Amsterdam.

In het kader van mijn afstuderen doe ik observationeel onderzoek naar het huidige verwijsstroom, huidige verwijsbeleid en knelpunten/barrière ten aanzien van verwijzingen van huisartsen naar de osteopathie.

Middels bijgevoegde vragenlijst probeer ik inzage te krijgen in het huidig verwijsbeleid en eventuele knelpunten en/of aanbevelingen uit te lichten.

Zoals telefonisch met u is besproken, stuur ik u de afgesproken vragenlijst.

Ik wil u vriendelijk verzoeken om deze vragenlijst voor (*eind datum fase 1 of eind datum fase 2*) in te vullen. Dit zal slechts 3 minuten van uw tijd kosten.

Ik ben mij er terdege van bewust dat u het ook hartstikke druk heeft. Meedoen aan dit onderzoek kan echter de samenwerking tussen huisartsen en osteopaten verbeteren.

LET OP! Instructies voor het invullen van de vragenlijst:

- Onder verwijzing wordt verstaan “een schriftelijk en/of mondeling advies waarin duidelijk wordt aangegeven dat u het bezoeken van een osteopaat in het belang van de patiënt acht.”
- U kunt afvinken het antwoord dat voor u van toepassing is.
- Daar waar de optie “anders namelijk” wordt aangeboden, kunt u in het tesktvakje een toelichting intypen.
- Daar waar meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit duidelijk aangegeven.

Vriendelijk bedankt voor uw deelname.

Met vriendelijke groet,
Drs. Lucio Leone
Fysiotherapeut en Osteopaat

Bijlage IV

MeSh termen en artikelen gescreend voor de totstandkoming van de
vragenlijst

Lijst van grafieken

Zoektocht op PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), geraadpleegd op 18 november 2018, leverde de onderstaande titels op:

Gezocht met zoektermen:

“osteopath” AND “Gp”(general practitioner) AND “referrall” AND (OF) “questionnaire”

Resultaten:

Enablers and barriers to the development of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths: A mixed methods study.

Morin C, Desrosiers J, Gaboury I. J Interprof Care. 2018 Jul;32(4):463-472. doi: 10.1080/13561820.2018.1435515. Epub 2018 Feb 20. PMID: 29461138

Descriptive study of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths for the pediatric population in Quebec, Canada.

Morin C, Desrosiers J, Gaboury I. BMC Health Serv Res. 2017 Nov 14;17(1):726. doi: 10.1186/s12913-017-2717-y. PMID: 29137632

How patients choose osteopaths: a mixed methods study.

Bishop FL, Bradbury K, Hj Jeludin NN, Massey Y, Lewith GT. Complement Ther Med. 2013 Feb;21(1):50-7. doi: 10.1016/j.ctim.2012.10.003. Epub 2012 Nov 15. PMID: 23374205

A study of referral patterns among Queensland general medical practitioners to chiropractors, osteopaths, physiotherapists and others.

Simpson JK. J Manipulative Physiol Ther. 1998 May;21(4):225-31. PMID: 9608376

How should complementary practitioners and physicians communicate? A cross-sectional study from Israel.

Ben-Arye E, Scharf M, Frenkel M. J Am Board Fam Med. 2007 Nov-Dec;20(6):565-71. PMID: 17954864 Free Article

Should your GP be an osteopath? Patients' views of an osteopathy clinic based in primary care.

Westmoreland JL, Williams NH, Wilkinson C, Wood F, Westmoreland A. Complement Ther Med. 2007 Jun;15(2):121-7. Epub 2006 Feb 7. PMID: 17544863

An indication of current views of Australian general practitioners towards chiropractic and osteopathy: a cross-sectional study.

Engel RM, Beirman R, Grace S. Chiropr Man Therap. 2016 Nov 1;24:37. eCollection 2016.

Lijst van grafieken

PMID: 27822360 Free PMC Article

Opinions of MDs, RNs, allied health practitioners toward osteopathic medicine and alternative therapies: results from a Vermont survey.

McPartland JM, Pruitt PL. J Am Osteopath Assoc. 1999 Feb;99(2):101-8. PMID: 10079642

Een zoektocht op Cochrane Library (<https://www.cochranelibrary.com/advanced-search>), geraadpleegd op 18 november 2018, leverde geen relevante treffers op (gezocht met de zoekterm: osteopathy)

Een zoektocht op Google Scholar (<https://scholar.google.nl/scholar>), geraadpleegd op 18 November 2018, leverde geen relevante treffers op, gezocht met de zoekterm: "osteopaat, osteopathie, huisarts, verwijzing, vragenlijst "

Een zoektocht op NARCIS (<https://www.narcis.nl>), geraadpleegd op 18 november 2018, leverde geen relevante treffers op, gezocht met de zoekterm: "osteopathy"

Gericht zoeken op websites voor osteopathie

Nederlandse Vereniging voor Osteopathie, NVO (<https://www.osteopathie.nl>), bezocht op 12 maart 2019): Geen informatie te vinden.

Stichting Wetenschappelijk Osteopathisch Onderzoek, SWOO (<http://swoo.nl/nl/>), bezocht op 18 november 2018): Alleen klacht gerelateerde artikelen.

International Academy of Osteopathy, IAO (<https://www.osteopathie.eu/nl>), bezocht op 18 November 2018): Alleen een aantal osteopathisch-inhoudelijke artikelen.

Flanders International College of Osteopathy, FICO (<https://belgium.osteopathy.academy/nl>), bezocht op 18 november 2018): Geen informatie te vinden.

Bijlage V

Correcties eerste versie vragenlijst

Lijst van grafieken

Vragen:

lijkt
niet
nóg
persoonlijk

Geslacht:	Man	Vrouw		
Leeftijd huisarts:				
Aantal jaar werkervaring als huisarts				
Plaats waar de huisartsenpraktijk gevestigd is (bijv. Rotterdam):				
Heeft u zelf persoonlijk ervaring met een osteopaat? (bent u zelf wel eens op consult of voor een behandeling geweest?)	Ja	Nee		
Zo ja, bent u tevreden over de behaalde resultaten?	Ja	Nee	Gedeeltelijk	Weet ik niet
Bent u bekend met de werkwijze van de osteopaat?	Ja	Nee	Gedeeltelijk	
Osteopathie krijgt steeds meer bekendheid in Nederland. Bent u hiermee bekend?	Ja	Nee		Wat wil je met deze vraag in verbanden?
Bent u over deze toegenomen trend tevreden?	Ja	Nee	Geen mening	idem. Wat wil je in verbanden?
Heeft u in uw praktijk een of meerdere patiënten doorverwezen naar een osteopaat?	Ja	Nee		ik zou beginnen met < 5 / < 10 / > 25
Bij Ja ga naar volgende vraag, Bij Nee ga naar vraag ...				
Zo ja: hoeveel patiënten verwijst u door naar een osteopaat op jaarbasis:	< 10	Tussen 10-20	20-50	> 50
Zo ja: het initiatief om door te verwijzen naar een osteopaat is gekomen vanuit:	Patiënt	Huisarts	Beide	Weet ik niet...
Zo ja: wanneer heeft u voor het eerst een van uw patiënt naar een osteopaat doorverwezen?	1 jaar geleden	Tussen 1 en 5 jaar geleden	Tussen 5 en 10 jaar geleden	Langer dan 10 jaar geleden
Zo ja: heeft u hiervan een schriftelijk en/of mondeling terugkoppeling gehad?	Ja	Nee	Meer dan de helft van de gevallen	Minder dan de helft van de gevallen
Zo ja: Welke doelgroep verwijst u meestal door naar de osteopaat (meerdere antwoorden mogelijk)	Baby en Kinderen	Volwassenen	Sporters	Overige...
Zo ja: Bij welke klachten verwijst u de patiënten voornamelijk door naar de osteopaat (meerdere antwoorden mogelijk)	PDS uitschijven	Migraine	Rug klachten	Anders, namelijk...
Zo nee: Wat is hier voor de reden? (meerdere antwoorden mogelijk)	Onvoldoende kennis over	Geen osteopaten in de regio	Ik geloof hier niet in.	Overige...
Zou een betere en meer transparante uitwisseling van informatie over patiënten (bijv. bij de eerste consult en bij de eindconsult) voor u invloed	Zeker	Heel waarschijnlijk	Waarschijnlijk	Waarschijnlijk niet

Patiënt

wet

Advies: Eerst even huisartsen bellen
of ze brief mag sturen
Anders wordt je Respons
Voorwachtig is 10% Respons

Beste huisarts,
Amendo

Mijn naam is Lucio Leone. Momenteel zit in het laatste jaar van mijn opleiding osteopathie ter
College Sutherland in Amsterdam.

In het kader van mijn afstuderen doe ik onderzoek naar het huidige verwijsbeleid van huisartsen naar
de osteopathie.

Middels bijgevoegde vragenlijst probeer ik inzage te krijgen in het huidige verwijsbeleid en eventuele
knelpunten en/of aanbevelingen uit te lichten.

Zou u zo vriendelijke willen zijn deze vragenlijst in te vullen en te retourneren naar:
verwijsbeleid@gmail.com

Instructies voor het invullen van de vragenlijst:
U kunt een cirkel zetten bij het antwoord dat voor u van toepassing is.
Daar waar de optie "overige" wordt aangeboden, kunt u de op de stippellijn een toelichting plaatsen.
Daar waar meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit duidelijk aangegeven.

*Onder verwijzing wordt verstaan een schriftelijk en/of mondeling advies waarin duidelijk wordt
aangegeven dat u het bezoeken van een osteopaat ~~de belangen van de patiënt~~ acht.

Stappen

1] Huisartsen vragen of ze mag sturen
Ja n = xv nee n = xx

2] Brieven sturen
Respons n = xx geen Respons n = xx

in het belang

probleem dat in rapportage vanzelf

Is er een beroepsgroep Osteopathie?
Zou ja, wat doen zij hier al mee?
Stuur hen de lijst ook mee?

Lijst van grafieken

kunnen hebben in het wel of niet doorverwijzen naar een osteopaat?				
Speelt wetenschappelijke bewijs in effectiviteit voor u een rol in de doorverwijzing? <i>Evidentie</i>	zeker	Heel waarschijnlijk	waarschijnlijk	Waarschijnlijk niet <i>nee</i>
Bent u op de hoogte dat osteopathie wetenschappelijk effectief is bewezen bij: PDS, Migraine en rug klachten <i>bewezen effectief</i>	Ja	Nee	Ja maar ik geloof er niet	Waarover eventueel...
Maakt u in uw praktijk gebruik van een doorverwijzingsmodel waarin de reguliere specialisaties aan de orde komen als opties?	Altijd	Bijna altijd	Soms	nooit
Wordt in dit model ook osteopathie benoemt als mogelijk optie?	Altijd	Bijna altijd	Soms	nooit
Bent u tevreden over het huidige verwijsbeleid? <i>uw</i>	<i>ja</i>	<i>nee</i>	<i>deels</i>	
Zou volgens u osteopathie een toegevoegde waarde kunnen hebben in het huidige verwijsbeleid?	zeker	Heel waarschijnlijk	waarschijnlijk	Waarschijnlijk niet
Mist u in het huidige doorverwijs beleid de keuze naar osteopathie?	Altijd	Bijna altijd	Soms	nooit
Wat heeft u nodig om er eventueel wel voor te kiezen om door te verwijzen naar een osteopathie (meerder antwoorden mogelijk)	Meer kennis over de osteopathie	Bekijken van de gevestigde osteopaten in de regio <i>dr. b. eed. weten waar ze zitten?</i>	Meer informatie over evidence based osteopathische behandelingen bij specifieke klachten <i>Meer = vraag Overig... Anders</i>	
Zou u meer informatie over de osteopathie willen	Ja	nee		
Indien ja: op welke manier zou u het prettig vinden om geïnformeerd te worden	<i>Face to Face gesprek persoonlijke afspraak</i>	Via email	Symposium	Anders, namelijk...

Hierop wordt antwoord gegeven aan de hand van onderstaande deelvragen;

- > Heeft het ~~geslacht~~ van de huisarts invloed op het doorverwijzen naar een osteopaat? *Waarom denk je dat?*
- > Heeft de leeftijd van de huisarts invloed op het doorverwijzen naar een osteopaat? *plan*
- > Heeft het aantal jaar werkervaring van de huisarts invloed op het doorverwijzen naar een osteopaat?
- > Welke ~~doelgroepen~~ *patiënten* verwijzen huisartsen voornamelijk door naar een osteopaat?
- > Bij welke klachten verwijzen huisartsen door naar een osteopaat?
- > De beleving en uitvoering van het verwijsbeleid van de huisarts (kwalitatief onderzoek)

Bijlage VI

Definitieve vragenlijst

Vragenlijst huisartsen en osteopathie:

1	Geslacht:	Man	Vrouw			
2	Leeftijd huisarts:					
3	Aantal jaar werkervaring als huisarts	<5	5 - 10	10 - 15	>15	
4	Plaats waar de huisartsenpraktijk gevestigd is:					
5	Heeft u zelf persoonlijk ervaring met een osteopaat? Bent u zelf op consult of voor een behandeling geweest?	Ja	Nee			
6	Zo ja, bent u tevreden over de behandeling?	Ja	Nee	Deels tevreden	Ik weet het niet	nvt
7	Heeft u in uw praktijk één of meerdere patiënten doorverwezen naar een osteopaat?	Ja	Nee			
8	Hoeveel patiënten verwijst u door naar een osteopaat op jaarbasis:	<5	5 - 20	>25	0	
9	Het initiatief om door te verwijzen naar een osteopaat is gekomen vanuit:	De Patiënt	U zelf	Beide	Ik weet het niet	nvt
10	Wanneer heeft u voor het eerst één van uw patiënten naar een osteopaat doorverwezen?	1 jaar geleden	Tussen 1 en 5 jaar geleden	Tussen 5 en 10 jaar geleden	Langer dan 10 jaar geleden	nvt
11	Heeft u een schriftelijk en/of mondeling rapportage van de behandeling gehad?	Ja	Nee	In meer dan de helft van de gevallen	In minder dan de helft van de gevallen	nvt
12	Welke patiënten verwijst u vooral door naar de osteopaat (meerdere antwoorden mogelijk)	Baby's en Kinderen	Volwassenen	Sporters	Anders namelijk	nvt
13	Bij welke klachten verwijst u de patiënten voornamelijk door naar de osteopaat (meerdere antwoorden mogelijk)	Prikkelbare darm syndroom	Migraine	Rug klachten	Anders, namelijk	nvt
14	Wat is hiervoor de reden? (meerdere antwoorden mogelijk)	Onvoldoende kennis over	Geen osteopaten in de regio	Ik geloof hier niet in	Anders, namelijk	nvt
15	Heeft u ooit een schriftelijke en/of mondeling rapportage van een osteopaat gehad ook als u de patiënt niet zelf heeft doorverwezen?	Ja	Nee			
16	Zou een meer transparante uitwisseling van informatie over patiënten (bijv. bij het eerste consult en bij het					

Lijst van grafieken

	eindconsult) voor u invloed kunnen hebben in het wel of niet doorverwijzen naar een osteopaat?	Zeker	Heel waarschijnlijk	Waarschijnlijk	Nee		
17	Speelt evidentie een rol in de doorverwijzing?	zeker	Heel waarschijnlijk	waarschijnlijk	Nee		
18	Bent u op de hoogte dat osteopathie wetenschappelijk bewezen effectief is bij: Prikkelbare darm syndroom, migraine en rug klachten	Ja, namelijk bij	Nee	Ja			
19	Vindt u de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs (evidence) toereikend?	Ja	Nee	Gedeeltelijk	Ik weet het niet	Ik ben er niet mee bekend	
20	Wat vindt u van de sterkte van de aanbevelingen uit deze onderzoeken?	Zeer Goed	Goed	Matig	Slecht	Zeer slecht	Ik weet het niet
21	Maakt u in uw praktijk gebruik van een doorverwijzingsmodel c.q. NHG standaarden?	Altijd	Bijna altijd	Soms	Nooit		
22	In hoeverre bent u tevreden over uw huidige verwijsbeleid	Schaal 1 t/m 100					
23	Wordt in dit model ook osteopathie benoemd als mogelijke optie	Ja	Nee				
24	Zo nee, zou volgens u osteopathie een toegevoegde waarde kunnen hebben in het huidige verwijsbeleid?	Zeker	Heel waarschijnlijk	waarschijnlijk	Waarschijnlijk niet	Ik weet het niet	nvt
25	Mist u in het huidige doorverwijs beleid de keuze naar osteopathie?	Altijd	Bijna altijd	Soms	Nooit		
26	Wat is er voor u nodig om er (vaker) voor te kiezen om door te verwijzen naar een osteopaat (meerdere antwoorden mogelijk)	Meer kennis over de osteopathie	Kennismaken met osteopaten in de regio	Meer informatie over de beschikbare evidentie	Anders namelijk		
27	Zou u meer informatie over de osteopathie willen	Ja	nee				
28	Op welke manier zou u het prettig vinden om geïnformeerd te worden	Via een persoonlijke afspraak	Via email	Via symposium	Anders, namelijk	Ik wil geen informatie over osteopathie ontvangen	